Rok XLIX. Kraków, dnia 5. marca 1910. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O leczniczem działaniu emanacyi radu

podał

Prof. Dr Karol Klecki.

Z licznych badań naturalnych wód leczniczych pokazało się w ciągu ostatnich lat kilku, że wiele z tych wód, zwłaszcza niektóre znane ze swej skuteczności cieplice obojętne, zawiera emanacyę radu, niekiedy w znacznej nawet ilości. Stąd powstało przypuszczenie, że skuteczność tych wód w różnych cierpieniach przynajmniej w pewnej mierze na działaniu tej właśnie emanacyi polega. Przypuszczenie to stało się punktem wyjścia dla wielu badań nad działaniem fizyologicznem emanacyi radu, oraz dla całego szeregu doświadczeń leczniczych, w których starano się zbadać skuteczność emanacyi radu w różnych cierpieniach i wynaleść ewentualne wskazania do jej stosowania w lecznictwie.

Atoli w bardzo nielicznych tylko doświadczeniach używano naturalnych, chemicznie obojętnych wód leczniczych, zawierających emanacyę radu. Przeważnie posługiwano się w takich doświadczeniach różnymi sztucznymi przetworami i przyrządami, które służą do otrzymywania wody, zawierającej emanacyę w pewnej oznaczonej ilości.

Jest przytem rzeczą znamienną, że z a n i m zdołano w ściśle przeprowadzonych doświadczeniach stwierdzić wartość leczniczą emanacyi radu, powstał cały szereg takich przetworów i przyrządów, które przez umiejętną reklamę zaleca się lekarzom i publiczności. W przemyśle lekarskim starano się tu wyzyskać wiarę w ów nieznany, tajemniczy czynnik leczniczy, działający skutecznie u wód tylko na miejscu, a ująwszy go jako emanacyę radu, zalecać go chorym do leczenia się w domu. W powyższy sposób sztucznie otrzymana emanacya ma służyć po pierwsze do aktywowania naturalnych wód mineralnych, które tracą zawartą w nich emanacyę radu do połowy już w 4 dni po czerpaniu, a do 1% w 26 dni po wzięciu ze źródła, powtóre zaś emanacya taka, rozpuszczona we wodzie, ma służyć do picia, do przygotowania kąpieli, okładów, do wziewań i t. p.

Z owych licznych sztucznych przetworów, oraz przyrządów, o których wyżej wspomniałem, a których wymieniać tu nie będę, najbardziej rozpowszechniły się tabletki, w których emanacya radu związana jest z jakąś solą w wodzie rozpuszczalną, oraz t. zw. emanatory.

Jedne z tych tabletek przyrządzane według przepisu Reitza, przez fabrykę »vorm. Meister, Lucius & Brünning« w Höchst i wprowadzone do handlu pod nazwą e m a n o s a l u stosowali w swych doświadczeniach Laqueur, Kohlrausch i Nagelschmidt, Strasser i Selka, oraz Laska; pokazało się, że ilość emanacyi, otrzymywanej z tych tabletek nie jest stała, a naogół jest mniejsza od tej, jaką fabryka podaje. To też powyżej przytoczeni autorowie uznali tabletki emanosalowe wprawdzie za przetwór nieszkodliwy, ale zarazem i nieskuteczny; jedynie w doświadczeniach, jakie przeprowadzała Laska, tabletki emanosalowe wydawały emanacyę radu w znaczniejszej ilości, wynoszącej mniej więcej połowę ilości wskazanej. Inne podobne tabletki przyrządza firma R. Keila w Berlinie; i ten przetwór według Kohlrauscha i Nagelschmidta nie jest polecenia godny; według Laskiej tabletki te wydają wprawdzie mniej emanacyi niż tabletki emanosalowe, lecz za to po wrzuceniu ich do wanny w wodzie w ciągu pół godziny utrzymuje się początkowa ilość emanacyi.

Drugim bardzo rozpowszechnionym przetworem radowym jest t. zw. r a d i o g e n. Przetwór ten przyrządzony według przepisu Loewenberga stanowi nierozpuszczalna we wodzie sól radowa, umieszczona w specyalnych przyrządach, t. zw. emanatorach, w których sól ta zawinięta w papier pergaminowy leży w sączku berkefeldowskim. Emanatory, których konstrukcya jest tajemnicą szarlotenburskiego Towarzystwa radiogenowego, są tak zbudowane, że po wypełnieniu pewnej części przyrządu wodą przekroploną można zapomocą prostego rękoczynu otrzymywać w ciągu 24 godzin oznaczoną ilość dawek wody, zawierających emanacyę radu w stałej, oznaczonej ilości. Istnieją dwa rodzaje emanatorów; jedne, służące do wydawania wody do picia, wydają za przekręceniem korby dawki wynoszące 10 cm^3 wody, zawierającej 10000 jednostek emanacyjnych (J. E.), drugie, służące do kąpieli, wydają dawki wody, wynoszące 50 cm^3, a zawierające 50.000 jednostek emanacyjnych. Takie emanatory, zaopatrzone przyrządem zbudowanym na wzór taksometru, wskazującym ilość pobranych z emanatora dawek, ustawiono w ciągu ostatnich lat po aptekach w różnych miastach, a przez rozsyłane lekarzom broszury oraz wykłady lekarzy, będących ajentami Towarzystwa radiogenowego, pouczano świat lekarski o wielkiej łatwości, z jaką można obecnie przeprowadzać różne kuracye domowe przez stosowanie emanacyi radu, zapisując z apteki »Aqua radiogeni« w dowolnej ilości.

W przeważnej części dotychczasowych badań fizyolo-

gicznych i doświadczeń leczniczych nad emanacyą radu posługiwano się jako źródłem emanacyi owymi emanatorami szarlotenburskiego Towarzystwa radiogenowego; wszyscy, którzy używali tych przyrządów, zaznaczają, że znakomicie nadają się one do powyższego celu, gdyż manipulacya z nimi jest łatwa, a wydają one wodę o stałej zawartości emanacyi.

W dotychczasowych próbach stosowania wody radiogenowej w cierpieniach wewnętrznych, używano jej głównie jako wody do picia oraz do kąpieli; w stosunkowo nielicznych tylko próbach używano tej wody do wziewań, lawatyw oraz do wstrzykiwań podskórnych. Przy piciu wody radiogenowej podawano zazwyczaj dziennie poczynając od 5.000 J. E. aż do 20.000—30.000 J. E. w dalszych okresach leczenia, które prowadzono przez 2—5 tygodni, tak że ogółem chory otrzymywał z wodą do picia 150.000—500.000 J. E. Kąpiele z wodą radiogenową zalecano zwykle co drugi dzień; były to ciepłe wanny z dodatkiem 100.000—200.000 J. E., których brał chory ogółem 14—21. Częstokroć podawano wodę radiogenową do picia, a równocześnie stosowano kąpiele. Gdy jednak Loewenthal wykazał, że emanacya radu przez skórę zupełnie się nie wchłania, co później potwierdzili Kohlrausch i Mayer o tyle, że znaleźli, iż emanacya radu wchłania się w kąpieli przez skórę jedynie wówczas, gdy przepuszczany przez wodę prąd elektryczny sprowadza kataforezę, zaczęto kłaść główny nacisk przy stosowaniu leczniczem emanacyi na podawanie jej wewnętrznie. Działanie zaś kąpieli, zawierających emanacyę radu, zaczęto sprowadzać do działania emanacyi uwolnionej z wody, którą chory w czasie kąpieli wdycha.

Przy próbach tych stwierdzono, że emanacya radu, wprowadzona do przewodu pokarmowego nawet w wielkiej ilości, nie jest dla ustroju szkodliwa. Jakkolwiek aż do ostatnich czasów stosuje się zazwyczaj emanacyę wewnętrznie z pewną ostrożnością, zwłaszcza w początku leczenia, wiadomą jest rzeczą, że ustrój zwykle znosi zupełnie dobrze 100.000 J. E. i więcej przy wewnętrznem podawaniu emanacyi. Pokazało się to przedewszystkiem w przypadkach, w których chorzy przez pomyłkę wypijali zamiast właściwej dawki wody radiogenowej dawkę, przeznaczoną do kąpieli, i żadnej stąd szkody na zdrowiu nie ponieśli.

Wprawdzie Nagelschmidt podaje, że w dwóch przypadkach gośćca stawowego po wypiciu znaczniejszej ilości wody radiogenowej wystąpił białkomocz o 1—2‰ białka bez wałeczków, a w jednym przypadku utajonego wrzodu żołądka powstał krwotok żołądkowy; atoli inni lekarze takich niepożądanych skutków stosowania wody radiogenowej nie spostrzegali; nawet w zapaleniu nerek podawanie tej wody białkomoczu nie potęgowało.

Wyniki lecznicze, jakie otrzymywano przy stosowaniu emanacyi radu, były naogół dosyć dobre. Niektórzy autorowie (Wichmann, Plate) powątpiewają wprawdzie o skuteczności leczenia emanacyą radu, a są nawet tacy, którzy wogóle w nią nie wierzą (Roloff), przeważna jednak część autorów (Laqueur, Loewenthal, Dawidsohn, Fürstenberg, Nagelschmidt, Riedel, Strasser, i Selka, Schüler, Suess, Laska) otrzymywała przy takiem leczeniu wyniki dodatnie, conajmniej zachęcające do dalszych prób leczniczych w różnych cierpieniach, przedewszystkiem zaś w przewlekłym gośćcu stawowym i mięśniowym, oraz w przewlekłem zapaleniu stawów; w ostrym i podostrym gośćcu stawowym, oraz w zapaleniu stawów zniekształtniającem leczenie emanacyą radu skutecznem nie było; dalsze cierpienia, w których emanacya ma pomagać, stanowią nerwobóle, zwłaszcza rwa kulszowa; zresztą otrzymano dobre wyniki przy leczeniu tym sposobem w kilku przypadkach wiądu rdzenia (Gottlieb. Strasser i Selka), neurastenii (Fürstenberg, Gottlieb), zapalenia ropnego jamy czołowej i szczękowej, przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego (Loewenthal), łuszczycy (Nagelschmidt), chorób układu limfatycznego (Kraus), a nawet cukrzycy (Poulsson).

Niemal wszyscy lekarze, którzy stosowali z dobrym skutkiem emanacyę radu w różnych cierpieniach, zaznaczają w swych wywodach, zwłaszcza ostatnimi czasy, że środek ten bynajmniej nie stanowi jakiegoś »panaceum« na wszelkie dolegliwości, że jest to jednak środek wielce pożyteczny, zwłaszcza, gdy się go stosuje z pewnym krytycyzmem; jedni uważają przytem leczenie emanacyą radu za dzielny środek pomocniczy, wspierający działanie innych leków, czy zabiegów lekarskich, inni zaś podnoszą, że przy leczeniu emanacyą radu można osiągnąć pomyślne wyniki nawet w takich przypadkach, w których inne sposoby leczenia nie skutkują. Orgelbrand słusznie podnosi, że leczenie w domu sztucznie otrzymaną emanacyą radu w żadnym razie nie może działać tak, jak leczenie, przeprowadzone u odpowiednich wód, a to dlatego że sama emanacya radu może tu stanowić jeden tylko z wielu czynników leczniczych, działających u wód.

Wielu lekarzy, którzy stosowali w celach leczniczych sztucznie otrzymaną emanacyę radu, dopatruje się pewnego dowodu, że leczenie takie działa podobnie jak leczenie u wód, w t. zw. odczynie, który i tutaj często ma występować, zwłaszcza w początku leczenia; odczyn taki ujawnia się jako podmiotowe i przejściowe pogorszenie się stanu chorego, a występuje szczególnie często i wybitnie w sprawach gośćcowych, oraz rwie kulszowej. Ów odczyn, który bynajmniej nie zawsze jest oznaką pomyślnego wyniku leczenia, jak to dawniej myślano, a jest tylko wyrazem zaburzenia, jakie powstało w ustroju i które tylko w pewnych przypadkach wiedzie do wyzdrowienia, ma nawet występować przy leczeniu sztucznie otrzymaną emanacyą częściej, niż u wód, zawierających emanacyę radu nawet w znacznej ilości. Tak np. w Gostyniu odczyn kąpielowy spostrzegano tylko w 10—20% przypadków, gdy tymczasem przy leczeniu sztucznie otrzymaną emanacyą Davidsohn spostrzegał odczyn w większości przypadków, Laqueur w 20 na 30 przypadków, a Loewenthal w 11 na 12 przypadków przewlekłego gośćca stawowego. Przytem niektórzy lekarze zaznaczają, że ów odczyn, który w miejscach kąpielowych w pewnej części przypadków może wystąpić czy to z powodu niewłaściwej ciepłoty kąpieli, czy też z powodu jakiegoś innego błędu, popełnionego przy leczeniu, występuje przy leczeniu sztucznie otrzymaną emanacyą radu nietylko przy kąpielach, ale i przy wewnętrznem jej stosowaniu, a nawet według Fürstenberga spostrzega się go częściej w tym ostatnim przypadku, niż przy kąpielach.

Jednem słowem, dotychczasowe sprawozdania o wynikach leczniczych, otrzymywanych przy leczeniu emanacyą radu, brzmią przeważnie korzystnie, co nabierałoby tem więcej

kszego znaczenia, że wyniki te, otrzymywane głównie w takich cierpieniach, jak przewlekły gościec stawowy i mięśniowy oraz rwa kuszowa, które nietylko są chorobami bardzo pospolitemi, ale zarazem często przy stosowaniu zwykłych, dotąd używanych sposobów nie łatwo ustępują. Wobec takiego brzmienia owych sprawozdań, oraz wobec powyżej wspomnianej akcyi, jaką rozwija głównie szarlotenburskie Towarzystwo radiogenowe, ażeby rozpowszechnić stosowanie emanacyi radu w lecznictwie, przeprowadziłem w roku szk. 1908/9 w Krakowskiej Klinice lekarskiej szereg doświadczeń klinicznych nad leczniczem działaniem emanacyi radu. Wielce Szanownemu Koledze, Prof. Jaworskiemu, który odstąpił mi do tego celu swój materyał kliniczny, oraz udzielił mi wszelkich środków pomocniczych, jakimi klinika rozporządza, składam za to na tem miejscu serdeczne podziękowanie. (Dok. nast.).

W sprawie ran postrzałowych przewodu pokarmowego i przedziurawień przewlekłych wrzodów żołądka.

Napisał

P. Schroeter (Pabianice).

(Ciąg dalszy).

W przypadkach znacznego krwotoku w jamie brzusznej rokowanie prawie zawsze jest wątpliwe, gdyż najczęściej taki krwotok następuje skutkiem obrażenia większych naczyń lub narządów, obficie w krew zaopatrzonych. O wiele pewniejsze podstawy zyskuje rokowanie przez cięcie brzuszne, gdzie cała sprawa we wszystkich szczegółach staje się widoczną. Tak rzecz się ma nie tylko przy drążących ranach postrzałowych, lecz również i przy przedziurawieniach wrzodów żołądka do jamy brzusznej. Nader rzadko spostrzegane przypadki samorodnego gojenia się wrzodów, przebijających do jamy brzusznej zupełnie giną w mnóstwie takich przypadków, tak, że z nimi liczyć się nie możemy. Ze statystyk Körtego, Brentano, Brunnera, Koerbera, Weira i Foote i innych wynika wskazanie do natychmiastowego zabiegu. A zatem w przypadkach zarówno ran postrzałowych przewodu pokarmowego, jak i przedziurawienia wrzodu żołądka, resp. dwunastnicy, obowiązkiem lekarza jest bez zwłoki skierować rannego na stół operacyjny, w razie przeciwnym naraża w sposób niczem nie usprawiedliwiony życie swego chorego. Rzecz prosta, że w przypadkach ran postrzałowych nie zaleca się operacyi bez słusznego powodu, gdy chory oddał się pod opiekę lekarską po upływie dłuższego czasu od chwili wypadku, gdzie przebieg pomyślny pozwala przypuszczać, iż odbywa się sprawa samoistnego gojenia się rany. Że przy rokowaniu należy również uwzględniać wiek, odżywienie chorego i t. p., to się samo przez się rozumie.

Z chwilą wystąpienia pierwszych objawów zapalenia otrzewnej rokowanie staje się w wysokim stopniu niepomyślnem. Chwila wystąpienia tych objawów jest niekiedy mniej, niekiedy więcej oddalona od chwili urazu lub przedziurawienia wrzodu. Mamy dowody, że już po upływie 3 godzin mogą znajdować się zmiany zapalne otrzewnej (zaczerwienienie otrzewnej), w innych przypadkach znajdowało się już po 5 godzinach rozlane zapalenie otrzewnej; w jednym przypadku Körtego po upływie 9 godzin po przedziurawieniu żołądka okazał się wysięk ropny. Koerber podaje, że w przypadkach przezeń spostrzeganych ropa w miednicy małej znajdowała się nie wcześniej, niż po upływie 8 godzin po przedziurawieniu wrzodu żołądka. Barling znalazł w 6 godzin po przedziurawieniu wrzodu żołądka obfity wysięk ropny; Dahlgren w $5^1/_2$ godzin po przedziurawieniu — ogólne ropne zapalenie. Braun wspomina, że już po upływie 2 do $2^1/_2$ godzin znajdowała się ropa. W naszym przypadku I znaleziono w 15 godzin po postrzale zaczerwienienie otrzewnej jelitowej; w przypadku II w 8 godzin po postrzale znalazłem lekkie zaczerwienienie otrzewnej, w przypadku III zaś po upływie 5 godzin zaczerwienienie otrzewnej żołądka i włóknikowo-ropne złogi w okolicy krzywizny małej. Jeżeli zważymy, że przy przedziurawianiach przewodu pokarmowego zapalne zmiany otrzewnej mogą wystąpić często w krótkim bardzo czasie, to nie należy powątpiewać o słuszności zdania, że niezwłoczna operacya staje się naglącą potrzebą, leżącą w interesie chorego. Operacya nie przedstawia żadnych widoków w przypadkach zapadu w przebiegu zapalenia otrzewnej, jak to już wspomniałem.

Powyższe uwagi tyczą się ran postrzałowych drążących, odniesionych w czasie pokoju.

Rokowanie w przypadkach drążących ran postrzałowych w czasie wojny zmienia się na niekorzyść leczenia operacyjnego skutkiem osobliwych, wyjątkowo niekorzystnych warunków i wskutek odmiennego działania obecnych broni palnych.

Sprawa leczenia urazów drążących przewodu pokarmowego została rozstrzygnięta na korzyść chirurgii; zaznaczyć należy, że i leczenie przewlekłych owrzodzeń zostało ostatnimi czasy również słusznie powierzone chirurgom. Wszak medycyna wewnętrzna jest bezsilna przy zwalczaniu występującego jako skutek drążących urazów zapalenia otrzewnej, przeważnie niewątpliwie groźniejszego od samej przyczyny — od urazu. Jest to więc bezsprzecznie pole działania chirurgii; dyskusyi mogą podlegać jedynie pewne pytania, tyczące się strony technicznej wskazanej operacyi, oraz znaczenia niektórych środków pomocniczych, mogących znaleźć zastosowanie przygodne. Sposób postępowania przy przedziurawieniach żołądka urazowych, czy też wywołanych przez wrzód przewlekły, jest rozmaity i spełniać ma rozmaite zadania — zależnie od tego, czy w danym przypadku znajdują się zmiany, wywołane zapaleniem otrzewnej, czy też ich niema. W drugim przypadku zadanie nasze polega na dokładnem zeszyciu otworu, na oczyszczeniu części otrzewnej, zanieczyszczonych przez treść przewodu pokarmowego, na usunięciu nagromadzonej krwi i zatamowaniu krwotoku; w przypadku pierwszym łączy się z zadaniem powyższem możliwie staranne usunięcie wytworów zapalenia, znajdujących się w jamie otrzewnej, czynników chorobotwórczych i jadowitych produktów ich działalności życiowej. Zadanie leczenia pooperacyjnego w przypadku drugim ogranicza się do zastosowania środków, sprzyjających sprawie gojenia się rany i na wzmacnianiu ustroju chorego zapomocą odpowiedniego odżywiania; w przypadku pierwszym ze wspomnianymi postulatami łączy się zwalczanie ogólnego zatrucia ustroju. Jeżeli chory dość wcze-

śnie dostaje się pod opiekę lekarską, jeżeli rozpoznanie nie ulega wątpliwości lub też jest prawdopodobnem i operacyjny zabieg postanowiony, to korzystamy z czasu przygotowań do operacyi i staramy się zwalczyć zapad za pomocą podskórnych wstrzykiwań kamfory, soli kuchennej i t. p. środków, lub też uspokoić rozdrażnionego, przez bóle dręczonego chorego zapomocą wstrzyknięcia morfiny, poprzedzającego uśpienie. Zaznaczyć należy, że środki narkotyczne zastosowywać należy jedynie w tym sensie: wielu autorów słusznie to zaznacza. Cięcie linii środkowej w większości przypadków jest najodpowiedniejsze; w pewnych jednak okolicznościach mogą być wskazane cięcia i w innych miejscach powłok brzusznych. Otrzewnę otwieramy na razie za pomocą małego cięcia; w wielu przypadkach wydobywają się z małego otworu gazy i jakość ich (cuchnące, lub bezwonne) daje niekiedy wskazówki co do miejsca przedziurawienia. Po rozszerzeniu otworu w otrzewnej zabezpieczamy starannie sąsiednie części jamy brzusznej zapomocą kompresów z gazy wyjałowionej i przystępujemy do zbadania przypuszczalnego terenu przedziurawienia celem odszukania otworu. Okolicę przedziurawienia zanieczyszczoną przez treść żołądka lub jelit oczyszczamy zapomocą tamponów wilgotnych (rozczyn fizyologiczny soli kuchennej) lub suchych, i zaszywamy dokładnie znaleziony otwór. Przy ranach postrzałowych żołądka szew Lemberta jest prawie zawsze wystarczający, tak, że np. bardziej skomplikowany szew Senna jest zbyteczny.

W przypadkach wątpliwych, w których zranienie tylnej ściany żołądka nie jest stanowczo wykluczone, badamy ścianę tę przez otwór zrobiony w wiązadle żołądkowo okrężniczem. Godne uwagi badania doświadczalne v. Frischa dowiodły wprawdzie, że przy postrzałach otwory na tylnej ścianie żołądka są o wiele mniejsze od wlotów postrzału na przedniej i nie wymagają osobliwego uwzględnienia. Jednakże znane są przypadki, w których nieopatrzone przedziurawienie na tylnej ścianie żołądka spowodowało skutki fatalne. Tak np. w przypadku XII Kronera niezaopatrzony wylot postrzału na tylnej ścianie żołądka stał się źródłem ropnia podprzeponowego. Le Furs twierdzi nawet, że rany tylnej ściany żołądka są o wiele niebezpieczniejsze, niż przedniej. Nie pewnem jest jednakże, czy twierdzenie to tyczy się również i ran postrzałowych. W moim przypadku II wlot postrzału na przedniej ścianie = 8 mm, wylot zaś na tylnej ścianie = 5 mm, był więc istotnie mniejszy, jednakże nie zamknięty czopkiem śluzowym. Nie należy więc bynajmniej otworów na tylnej ścianie uważać za bezwarunkowo obojętne i jedynie warunki rozpaczliwe, wymagające najspieszniejszego zakończenia operacyi usprawiedliwić mogą nieuwzględnienie rany tylnej ściany żołądka jako mniej niebezpiecznej. W przypadkach, w których na żołądku nie znajduje się otworu wyjścia kuli, radzi Forgues otworzyć żołądek zapomocą dłuższego cięcia celem odszukania uszkodzonych części błony śluzowej i zabezpieczenia ich za pomocą szwu; zabieg ten ma zapobiedz tworzeniu się owrzodzeń urazowych i krwotokom. Tego rodzaju przypadki są niewątpliwie nader rzadkie; nie mamy zatem poważniejszego powodu stosować się do powyższej rady. Co się tyczy zaopatrzenia otworów z przedziurawienia wrzodów żołądka, to w praktyce stosowane bywają następujące: 1. szew Lemberta lub Czernyego; 2. wycięcie brzegów otworu i nałożenie szwu; 3. szew i zabezpieczenie tegoż przez naszytą sieć; 4. proste naszycie sieci na otwór (podług H. Brauna); 5. zamknięcie otworu przez czopek z sieci i przytwierdzenie tegoż za pomocą szwów (Bennet); 6. zeszycie szczelne 2 poprzecznych lub podłużnych fałdów ściany żołądka, otaczających otwór (Silcock); 7. zeszycie szerokich fałdów zdrowej otrzewnej żołądka z obydwóch stron nad rożkiem sieci, pokrywającym otwór (Brentano), na podobieństwo sposobu Tubbyego, który przykrył dno owrzodzenia kawałkiem sieci i unieruchomił go zapomocą szwów, a następnie ścianę żołądka wraz z siecią sfałdował i fałdy zeszył; 8. przytwierdzenie wrzodu przedziurawionego do rany w powłokach brzusznych (Blume); 9. przyszycie środka przedniej ściany żołądka do przedniej ściany brzucha, sączkowanie i tamponada kieszeni, znajdującej się nad miejscem przyszycia żołądka do ściany brzusznej i tamponada jamy brzusznej pod miejscem przyszycia żołądka do ściany brzusznej (Villard); 10. wprowadzenie sączka przez otwór do żołądka, tamponada naokoło sączka z dodatkiem gastroenterostomii (Lorenz); 11. otwarte leczenie (prosta tamponada za pomocą pasów gazy).

Szew Lemberta lub Czernyego jest wskazany, gdy brzegi otworu nie są nacieklé i nie kruche, gdy przeto nie należy obawiać się przecięcia ich przez szew i gdy położenie otworu nie jest zbyt niekorzystne. Szyć należy w kierunku osi podłużnej żołądka, jeżeli zaś otwór znajduje się w sąsiedztwie odźwiernika, należy nakładać szew poprzeczny lub w kierunku skośnym, wtedy bowiem unika się zwężenia części przyodźwiernikowej. Wycięcie brzegów wrzodu, podług Körtego wielce korzystne, jest wskazane przy zwyrodnieniu włóknistem brzegów otworu, tak, że nie mogą one być ze sobą zetknięte lub też przy brzegach kruchych, które szew łatwo przecina. Po wycięciu brzegów zwyrodniałych pierwszy rząd szwów chwyta już tkankę prawidłową. Jeżeli zachodzi obawa, że szew może być niepewny, to dla zabezpieczenia go nakłada się nań część sieci, którą należy przymocować zapomocą szwów. W innych przypadkach, w których zaszycie otworu z tego lub innego powodu nie dało się wykonać, zastosowano pozostałe wyżej wymienione metody. W dostępnej mi literaturze wyszukałem następujące przypadki, w których zastosowano otwarte leczenie połączone z tamponadą otworu. Przypadek Ch. Parkera, w którym operacyi nie wykonano wskutek przedziurawienia wrzodu, gdzie jednak po otwarciu jamy brzusznej miejsce owrzodzenia uległo rozdarciu; miejsce to było zrośnięte z wątrobą. Nie zamknięto go zapomocą szwu, lecz zastosowano leczenie otwarte i tamponadę (wyzdrowienie po 4 miesiącach); 2 przypadki Le Dentu (o wynikach pomyślnych); przypadek Porgesa, w którym otwarte leczenie połączono z tamponadą i gastroenterostomią sposobem Hackera (również wynik pomyślny). Do tej kategoryi przypadków zaliczyć należy i przezemnie przytoczony III. Po odpłynięciu treści żołądka i dokładnem oczyszczeniu okolicy wilgotnymi kompresami z gazy, wprowadziłem zapomocą długich szczypczyków jeden koniec pasa gazy wyjałowionej bezpośrednio do otworu w żołądku, drugi zaś koniec pozostał na zewnątrz przed górnym kątem rany powłok brzusznych. Wynik dowiódł i w tym przypadku, że ten sposób może niekiedy zapewnić pomyślne gojenie i że otwarte leczenie, połączone z sączkowaniem, zapomocą tam-

ponu, może być zastosowane z powodzeniem w przypadkach, w których warunki dla zastosowania szwu lub też innych metod są niekorzystne, zwłaszcza zaś w przypadkach, wymagających szybkiego wykonania operacyi. Pariser zaznacza też, że na wynik pomyślny operacyi mają wpływ: niezwłocznie po przedziurawieniu wykonany zabieg chirurgiczny, stopień napełnienia żołądka, wreszcie szybkie odnalezienie i dobry dostęp do miejsca przedziurawienia. Chociaż przedziurawienia wrzodów, położonych na tylnej ścianie żołądka, nader rzadko się zdarzają, to jednak wielu autorów (Körte, Jones, Borelius, Verral, Furner i inni) radzi zbadać tylną ścianę żołądka przez otwór zrobiony w więzadle żołądkowo-okrężniczem. O ile przytem okażą się zrosty, należy je usunąć, a otwór zaszyć, jak tego dokonano w jednym przypadku w szpitalu św. Grzegorza w przypadku Jowersa.

Z chwilą zamknięcia otworu kończy się główne zadanie operacyi. Wielu chirurgów dopełnia zabiegu powyższego przez gastroenterostomię. Jest to punkt sporny i omawiany wielokrotnie. Z jednej strony chwytano się gastroenterostomii, gdyż nie znano środka lepszego (Verlegenheitsoperation), z drugiej zaś mniemano, iż gastroenterostomię uważać należy za bezpośrednio leczniczy środek, t, j. za zabieg sam przez się sprowadzający zagojenie się wrzodu. Sądzę jednak, że gastroenterostomii nie należy przypisywać ani jednego ani drugiego znaczenia. Bywały bowiem przypadki, w których po zastosowaniu gastroenterostomii znikały wszystkie dolegliwości, towarzyszące chorobie, z drugiej zaś strony znane są przypadki, gdzie pomimo gastroenterostomii cierpienia te trwały w dalszym ciągu. Gastroenterostomia nie może również pretendować do znaczenia środka, zapobiegającego tworzeniu się wrzodów; wszak powstawały nowe owrzodzenia na miejscu dokonanej gastroenterostomii. W każdym razie istotne znaczenie gastroenterostomii i realna jej wartość nie dają się obecnie dokładnie określić. A zatem zarówno nie mamy prawa potępiać przypadkowego niestosowania gastroenterostomii, jak też pochwalać stałego stosowania jej. Na ogół biorąc, gastroenterostomia może być wskazana w przypadkach, w których nastąpiło z tego lub innego powodu zwężenie światła części odźwiernikowej żołądka, a więc przy skurczu odźwiernika, przy guzowatem jego zgrubieniu lub też przy usadowieniu się wrzodu w odźwierniku. W przypadkach tych gastroenterostomia stwarza lepsze warunki odpływu treści żołądka, — okoliczność, posiadająca niewątpliwie poważne znaczenie.

W przypadkach, w których przy operacyi znajdujemy zmiany, wywołane zapaleniem otrzewnej, t. j. włóknikowo-ropne złogi czy też ciecz ropną, następnem zadaniem naszem będzie ich usunięcie. Dokonać tego możemy w sposób rozmaity; możemy usunąć owe wytwory zapalenia zapomocą suchych tamponów z gazy, albo zapomocą przepłukiwania gorącym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. Co się tyczy w szczególności przepłukiwania rzucono pytanie: płukać czy nie płukać? Sądzę, że pytania tego nie należy stawiać w ten sposób i nadawać mu znaczenia słów Hamleta.

Przepłukiwanie w żadnym razie nie jest uzasadnione przy częściowem zapaleniu otrzewnej, ograniczającem się do miejsc, sąsiadujących z uszkodzonemi, gdyż nietknięte części otrzewnej byłyby zagrożone przez materyał zakaźny, unoszony strumieniem płynu. Inaczej w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, gdzie chodzi o to, aby ze wszystkich części i zatok otrzewnej usunąć materyał zakaźny; wtedy płukanie jest środkiem jedynie odpowiednim. Przy ograniczonem, częściowem zapaleniu otrzewnej usuwamy materyał zakaźny zapomocą starannego wycierania suchymi, względnie wilgotnymi kawałkami gazy i staramy się zapobiedz uogólnieniu si zapalenia zapomocą sączkowania i tamponady. O ile stęoujemy przepłukiwanie, powinno ono być gruntowne; zwracamy przytem szczególną uwagę — w nadpępczu — na przestrzenie otrzewnej pomiędzy narządami, w miednicy małej zaś na zatokę Douglasa. Przepłukiwanie przerwać należy nie wcześniej, aż płyn stosowany wypływa z jamy brzusznej zupełnie czysty. Po dokonanem przepłukaniu zostawia się często w jamie otrzewnej pewną ilość płynu (naprz. 0,25 litra rozczynu soli kuchennej).

Sączkowanie (drainage) przez wielu autorów często — przez innych rzadko stosowane, jest przez niektórych zgoła zaniechane jako »mało obiecujące« (Mannsell, Wilson itp.). Nie ulega wątpliwości, że sprawa leczenia o wiele prościej się kształtuje, jeżeli jamę brzuszną całkowicie się zamyka; natomiast można powątpiewać o tem, czy zawsze słusznie postępujemy, nie stosując wcale sączkowania. W przypadkach ran postrzałowych bez śladu zmian zapalnych w jamie brzusznej lub też zanieczyszczenia otrzewnej treścią żołądka lub jelit, można bez skrupułów przystąpić do całkowitego zamknięcia jamy brzusznej. Jeżeli jednak nastąpiło zanieczyszczenie otrzewnej przez treść żołądka lub jelit, to nigdy — nawet po możliwie dokładnem jej usunięciu — nie możemy mieć pewności, że niebezpieczeństwo zapalenia zostało usunięte. Podobnie rzecz się ma z wytworami zapalenia. Mówiono — nie bez słuszności — że otrzewna radzi sobie pomyślnie z resztką materyału zakaźnego. Więcej jednak jest uzasadnionem, sądzę, mniej polegać na tej zdolności otrzewnej, a więcej na jej skłonności do szybkiego tworzenia błon ochronnych, zrostów, odosabniających części otrzewnej, zapaleniem dotknięte. Pożądaną zaś podnietę do tworzenia zrostów stanowi sączkowanie zapomocą tamponu. Przedziurawienia wrzodów żołądkowych wymagają bodaj więcej jeszcze ostrożności w decyzyi co do zaniechania sączkowania, niż przedziurawienia urazowe, już choćby z tego względu, że szew w przypadkach pierwszej kategoryi na mniejsze zasługuje zaufanie, niż przy drążących ranach postrzałowych, gdzie żywotność tkanek, objętych szwem, prawie nigdy nie budzi wątpliwości. Słusznie zaznacza Koerber, że kruchość tkanek okolicy wrzodu nawet przy warunkach skądinąd pomyślnych zawsze skłaniać powinna do stosowania tamponady. O ile niezbędniejszem wydaje się sączkowanie zapomocą tamponu przy przedziurawieniu wrzodów, powikłanych częściowem, w okolicach ogniska chorobowego usadowionem zapaleniu! Jeżeli w takich przypadkach po zastosowaniu sączków z gazy sprawa zapalna nie szerzy się, to chyba więcej uzasadnionem będzie przypuszczenie, że szerzenie się zapalenia zostało wstrzymane przez zabieg leczniczy, aniżeli twierdzenie, że sprawa zapalna z natury była ograniczona. Gdyby przy operacyi znalazły się zrosty mocne, odosabniające obszar otrzewnej objęty zapaleniem, to byłoby jasnem, że sprawa zapalna z natury pozostała ograniczona; w razie zaś ich braku jest

wręcz niemożliwem rozpoznać, czy zapalenie otrzewnej posiada charakter zapalenia ograniczonego, czy też ma skłonność do rozszerzania się.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Znieczulanie. Zakrzepy pooperacyjne).

Lotheisen. **Uśpienie chlorkiem etylu z tlenem.** (Arch. f. klin. Chir. 91, I.). Zapomocą nieco zmienionego aparatu Roth-Drägera wykonał L. 500 uśpień chlorkiem etylu z tlenem, oraz w kombinacyi z uśpieniem eterowem. Wyniki bardzo dobre. Wymioty występowały bardzo rzadko, o wiele rzadziej, niż przy uśpieniu chloroformowem lub eterowem. Ponieważ chlorek etylu wydziela się szybko z ustroju, przeto nie drażni nerek, a także jest znacznie mniej niebezpiecznym od innych środków. Tętno i oddech wśród uśpienia prawie się nie zmieniają. A.

Janssen. **W sprawie uśpienia śródżylnego.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 3). J. występuje przeciwko polecanemu przez Burkhardta uśpieniu śródżylnemu wodą chloroformową lub eterową, wykazując, że uśpienie nie jest wcale »najidealniejszym sposobem uśpienia«, jak sądzi B., albowiem naprzód płuca nie są przy tem uśpieniu zupełnie wyłączone, narkotyk bowiem wydziela się z powrotem ze krwi właśnie drogą płuc, a dalej sposób dawkowania, podany przez B., nie jest wcale dokładny, albowiem za każdym razem zalewa nagle ustrój za dużą ilością płynu usypiającego, zamiast czynić to stale i systematycznie. Zadanie to spełnia strzykawka, podana przez autora, która dozwala wprowadzać środek usypiający stopniowo kroplami, przez co panuje się rzeczywiście nad uśpieniem i można je w każdej chwili przerwać. Próby z uśpieniem śródżylnem przeprowadzał w klinice Witzla Schöning, ale doszedł do przekonania, że na razie nie znamy jeszcze odpowiedniego, a niewinnego środka do uśpień śródżylnych. Chloroform i eter bezwarunkowo nie nadają się do tego, wywołują bowiem rozkład krwi i zatory, (co spostrzegał już także Burkhardt). Szczęściem też nazwać można, że Burkhardt wśród 41 uśpień nie spostrzegał ani razu ciężkich powikłań. A.

Prof. Oppel. **Doświadczalne postępy znieczulenia tętniczego.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 35). Gdy przed rokiem przedstawił Bier na Zjeździe chirurgów niemieckich swój sposób znieczulania drogą żył, doszedł Oppel do wniosku, że znieczulenie to nie jest jeszcze ostatnim wyrazem postępu, lecz że należy próbować znieczulania drogą tętnic, by postępować więcej fizyologicznie i idąc z prądem krwi, znieczulać przez to wszystkie zakończenia nerwowe danej okolicy. W jednej z ostatnich prac dochodzi sam Bier do podobnego wniosku. O. postanowił sprawę tę rozjaśnić doświadczalnie. Najpierw chciał przekonać się o ewentualnych niebezpieczeństwach tego znieczulania. W tym celu wykonywał doświadczenia na królikach. Po otworzeniu jamy brzusznej odsłaniał aortę poniżej odejścia tętnicy nerkowej i wstrzykiwał do niej rozczyn kokainy. O ile przez wprowadzenie do żyły głównej dolnej 1 cm³ 1% rozczynu kokainy wywołać można u królika już ciężkie zatrucie, o tyle w razie wstrzyknięcia do aorty występuje zatrucie dopiero po 1 cm³ 8%, a nawet 10% rozczynu. Widać z tego, że dawka może tu być 10 razy silniejsza, a to z tego powodu, że kokaina rozdziela się tu na znacznie większej przestrzeni, nim w końcu dostanie się do żył. Im do mniejszych tętnic wstrzykiwać będziemy, tem i przestrzeń ta będzie mniejsza, czyli stosować musimy dawki słabsze; tak n. p. wprowadzając do tętnicy udowej nawet 1 cm 5% rozczynu wywołać można już ciężkie zatrucie. Natomiast wprowadzać możemy do tej tętnicy bezkarnie dawki kokainy, 4 razy silniejsze, niż do żyły udowej. Co do samego znieczulenia, to o ile dało się to na zwierzętach ocenić, występuje ono po wstrzyknięciu kokainy do tętnic w danem miejscu bardzo szybko i pewnie. Wobec więc tego, że znieczulenie z tętnic otrzymać można szybko i pewnie, i to znacznie mniejszą dawką środka znieczulającego, niż od strony żył, sądzi O., że znieczulanie tętnicze jest znacznie odpowiedniejsze, niż żylne. Dodać tu należy, że już Goyanet po przeprowadzeniu prób na psach, przystąpił 2 razy na człowieku do operacyi w znieczuleniu tętniczem, używając do tego ½% rozczynu nowokainy. K.

Lotheisen. **O zastosowaniu tlenu w chirurgii.** (Öster. Ärzte-Zeitg. 1909, Nr 22, 23). Główne, a najwcześniejsze zastosowanie znalazł tlen w chirurgii przy uśpieniu, a to na podstawie badań Berta, Löwyego, Leubego i i. Przez dostarczanie wśród uśpienia tlenu czynimy ustrój odporniejszym na truciznę, jaką jest narkotyk. Pierwsze tego rodzaju próby usypiania podał Wohlgemuth na Zjeździe chirurgów w r. 1901. W powszechnem użyciu są przyrządy Roth-Drägerowskie. Autor podał bardzo wygodny przyrząd przenośny do usypiania tlenem i chlorkiem etylu dla operacyi krótszych. Wdychiwanie tlenu działa też znakomicie przy zapadzie lub ustaniu oddechu wśród uśpienia. Również znakomitym środkiem okazał się tlen, podawany do wdychiwania po długich i ciężkich uśpieniach. Zapobiega on nieraz powikłaniom płucnym. Wdychiwanie tlenu oddaje dalej cenne usługi przy urazowej jednostronnej odmie piersiowej. Używa się go też z pomyślnym skutkiem przy osłabionej czynności serca, zakażeniach ropnych w niedokrwistości po krwotokach, n. p. w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, wrzodu żołądka i t. p. Tutaj wdychiwanie tlenu wspólnie z wlewaniami rozczynu soli kuchennej ratuje wprost życie. Polecono też wlewania śródżylne rozczynu soli kuchennej wspólnie z wdychiwaniem tlenu w przypadkach, wymagających nagłej interwencyi, n. p. przy duszeniu się wskutek ciała obcego w tchawicy, przy błonicy, w ciężkiej gruźlicy i t. p. Prócz tych wskazań używa się w chirurgii tlenu w postaci wody utlenionej przy opatrywaniu ran, płukaniu gardła, odejmowaniu opatrunków, a wreszcie przy zakażeniach beztlenowcami, n. p. przy ropowicy gazowej, obrzęku złośliwym, tężcu i t. p. W celach rozpoznawczych używa się tlenu w rentgenologii, do prześwietlań stawów, i t. p. Gaz wdmuchuje się do stawu, przez co obraz staje się znacznie wyraźniejszym. A.

Rehn. **Bezpośrednie miesienie serca przy śmierci wśród uśpienia.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 48). Sprawę miesienia serca celem ożywienia serca poruszyli pierwsi Schiff i Hocke, a na zwierzętach rozjaśnił Prus. Dotąd jednak właściwie nie rozstrzygnięto, czy w razie n. p. śmierci wśród uśpienia jesteśmy uprawnieni do próbowania tego sposobu ożywiania, pomimo tego, że figuruje już jako »kliniczna metoda« od lat 10. O ile doświadczenia na zwierzętach wypadały korzystnie, o tyle próby na ludziach nie odpowiedziały pokładanym nadziejom, a to dlatego, że gdy na zwierzętach eksperymentowano z sercami zdrowemi, o tyle zwykle u ludzi zapady występowały tam, gdzie serce było niezupełnie zdrowe, lub u ludzi, którzy mieli idiosynkrazyę do środka usypiającego. Z tych też powodów Zjazd francuskich chirurgów w r. 1902 oświadczył się przeciw temu sposobowi, chociażby inne sposoby zawiodły. Natomiast Cackovic staje w obronie miesienia serca, a zestawiwszy znane przypadki, (a nie brak między niemi korzystnych) wyraża się, że miesieniu serca jedynie wtedy przypisuje korzystne działanie, jeżeli ruchy serca wystąpiły dopiero w pewien czas po stosowaniu tego zabiegu, a brakowało ich przy poprzednich innych sposobach cucenia, lub też gdy miesienie zaczęto wykonywać dopiero w 10 minut po ustaniu ruchów serca. R. spostrzegał następujący przypadek: U młodego chłopca, u którego z powodu wrodzonego zrostu palców przystąpiono do operacyi plastycznej, nagle, już pod koniec uśpienia, wystąpił zapad. Po bezskutecznem zastosowaniu wszelkich innych

środków przez 5 minut, zrobiono laparotomię i miesienie serca przez przeponę przez $^3/_4$ godziny, poczem przecięcie przepony, bezpośrednie miesienie serca, sztuczny oddech i wpędzanie tlenu przyrządem Brauera. W 70 minut pierwsze drgania mięśnia sercowego, w 100 minut regularne kurcze, poczem (w $2^1/_2$ godziny od początku) czynność serca i płuc powróciła. Po 2 godzinach tego dobrego zupełnie stanu, podczas którego chory się już ruszał swobodnie, nagle zapad, duszność i śmierć. Sekcya wykazała uszkodzenie opłucnej i silną lewostronnę odmę piersiową. Wynik miesienia był tu widoczny. Przyrząd Brauera oddaje w podobnych przypadkach cenne usługi, albowiem dawkuje doprowadzane powietrze, względnie tlen, dozwala równocześnie na sztuczne oddychanie i chroni nieraz od potrzeby tracheotomii. K.

John. **Dalsze kliniczne doświadczenia z śródżylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny przy ciężkich zapadach.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Ponieważ w ostatnich czasach zjawiły się prace, ostrzegające przed stosowaniem w zapadach śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny, przeto J. zabiera głos w obronie tego leczenia. Stosował on to postępowanie w dalszych 22 przypadkach ciężkich zapadów. Wstrzykiwania te uważa J. za wskazane przy ciężkich zapadach, tam gdzie już wszelkie inne środki nie skutkują. Za skuteczną dawkę uważa J. 0,2—1 cm^3 gotowego rozczynu. W razie potrzeby powtarza się wstrzyknięcie w 4—6 godzin, lub na drugi dzień. Jeżeli chodzi o wielki pośpiech, radzą niektórzy wstrzykiwania wprost do serca. J. nie widział potem żadnego skutku; jeżeli czynność serca już ustała, to nie występowała ona po wstrzyknięciu na nowo. Po wstrzyknięciu, a nieraz wśród niego, zjawia się często bladość twarzy i błon śluzowych, a czasem wymioty, lub nudności. J. sądzi, że potępienie wstrzykiwań śródżylnych w czambuł jest niesłuszne, albowiem udało mu się uratować w ten sposób 8 chorych od niechybnej śmierci, tam gdzie wszelkie inne środki już nie skutkowały. A.

Prof. Aschoff. **O zakrzepach żylnych i zatorach tętnicy płucnej.** (Med. Klinik 1909, Nr 45). Wielu jest zdania, że przy tworzeniu się zakrzepów, a potem zatorów, rozstrzygającą rolę odgrywa jedynie zakażenie. Świeżo oświadczył się za tem stanowczo Kretz. Tak przedstawia się sprawa tym, którzy sądzą, że zakrzepy polegają na zwykłem krzepnięciu krwi. Tymczasem nowsze badania dowodzą, że tworzenie się zakrzepów nie jest identyczne ze zwykłem krzepnięciem krwi, lecz że jest to proces, polegający na osadzaniu i zlepianiu się płytek Bizzozera we krwi. Udowodnił to między innemi uczeń Aschoffa Ferge, wykazując, że budowa zakrzepów odpowiada w zupełności fizycznym procesom opadania i osadzania się płytek i różni się zasadniczo od zwykłego krzepnięcia krwi. Niema żadnego konkretnego dowodu, że przyczyną tworzenia się zakrzepów jest zawsze zakażenie, przeciwnie wiele przemawia przeciw temu. Jedynie też w ten sposób wytłomaczyć sobie możemy korzystny wpływ wczesnego wstawania po operacyach, o czem donoszą Krönig, Kümmel i Zurhelle. W jakiżby sposób wczesne wstawanie mogło działać przeciwko tworzeniu się zakrzepów z zakażenia? Tu jedynie czynniki fizyczne, t. j. poprawa krążenia krwi, odgrywają główną rolę. Nie udało się też nikomu doświadczalnie przez zakażenie wywołać zakrzepów, analogicznych do zakrzepów pooperacyjnych.

W odpowiedzi Prof. Kretz z Pragi zaznacza, że na tysiącach zwłok starał się znaleść przypadek, w którymby zakrzep wytworzył się bez ścisłego związku z zakażeniem i przypadku takiego nie znalazł. W przypadkach Fergego związku tworzenia się zakrzepów z zakażeniem również wyłączać nie można. K.

Zurhelle. **Doświadczalne badania nad tworzeniem się zakrzepów.** (Med. Klinik 1909, Nr 45). Z. pragnął rozstrzygnąć sprawę, czy pooperacyjne tworzenie się zakrzepów rzeczywiście powstaje wskutek zakażenia i w jakim stosunku stoi ono do krzepnięcia włóknika. Dotąd przeważa zapatrywanie, że głównej przyczyny tworzenia się pooperacyjnych zakrzepów szukać należy jedynie w zakażeniu rany. Inni twierdzą jednak, że przyczyną zakrzepów jest zanadto wielka krzepliwość krwi i w tym też celu podano z kliniki Eiselsberga nawet sposoby zapobiegania zmianom krzepliwości krwi, przez unikanie środków wzmagających krzepliwość (mleko i pokarmy zawierające wapno), a podawanie n. p. kwasu cytrynowego, który zmniejsza krzepliwość krwi. Tymczasem sprawa zakrzepów przedstawia się nieco inaczej. Przy tworzeniu się ich główną rolę odgrywają płytki Bizzozera; w skrzepie, zwłaszcza w początku tworzenia się jego, może nawet zupełnie nie być włóknika. Tworzenie się zakrzepów jest sprawą zupełnie różną od krzepnięcia krwi i poza naczyniami głównie wpływy mechaniczne, t. j. zaburzenia w krążeniu (wywołujące osadzanie się i zlepianie płytek) odgrywają tu rozstrzygającą rolę. Dowiodły tego doświadczenia Ebertha, Schimmelbuscha, Aschoffa i Fergego. Przy znacznie zwolnionym prądzie krwi, płytki Bizzozera, zwykle płynące wartko środkiem naczynia razem z ciałkami czerwonemi, osadzają się na ścianach naczynia, a natrafiwszy na uszkodzoną ścianę, zlepiają się i tworzą zakrzepy. Dlatego też zakrzepy tworzą się przeważnie w żyłach i to w tych miejscach, gdzie krążenie krwi natrafia na przeszkody i opór. Że zakażenie nie jest jedynym i głównym powodem tworzenia się zakrzepów, nietrudno udowodnić. Przedewszystkiem zakrzepy występują często bardzo daleko od miejsca operacyi, gdy w sąsiedztwie rany nieraz ich brak. Gdyby zakażenie miejscowe było przyczyną tworzenia się zakrzepów, byłoby zapewne, zdaniem autora, odwrotnie. Gorączka występuje przy zakrzepach zwykle dopiero wtedy, gdy się zakrzepy już utworzyły, co wskazuje, że zakażenie zakrzepu drobnoustrojami jest dopiero wtórne. Dla wykazania, że zakrzepy mają jedynie tło zakaźne, wprowadzał Fromme do żyły szyjnej królików nitki i miał się przekonać, że zakrzepy tworzyły się tylko około nitek zakażonych. Z. powtórzył te doświadczenia i przekonał się, że zakrzepy tworzyły się także około nitek jałowych, w razie, gdy ściana naczynia była uszkodzona. Powstawanie włóknika nie jest wcale potrzebne do tworzenia się zakrzepu i dlatego wszelkie sposoby obniżania krzepliwości krwi dla zapobieżenia zakrzepom są bezcelowe. Jedynie skuteczne mogłyby być środki zmniejszające zdolność zlepiania się płytek krwi, takich środków jednak jeszcze nie mamy. K.

Mendel. **Skłonność do zakrzepów** (trombophilia) **i wczesne wstawanie po porodzie i operacyach brzusznych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 42). Podług Schmidta krzepnięcie krwi następuje przez wspólne działanie fibrynogenu, zawartego stale w surowicy krwi i zaczynu włóknikowego, powstającego z rozpadu ciałek białych. Nowsze badania przedstawiają tę rzecz nieco inaczej. Prócz fibrynogenu znajdują się w osoczu krwi sole wapniowe i trombogen, a wreszcie małe ilości antytrombiny, powstrzymującej krzepnięcie. Ciałka krwi zawierają znów trombokinazę, t. j. substancyę, która przez współdziałanie fibrynogenu przy obecności soli wapniowych dostarcza zaczynu włóknikowego, powodującego krzepnięcie krwi. Krzepnięcia krwi nie wywołuje, jak przypuszczano, zwolnienie lub zatrzymanie prądu krwi, lecz jedynie uszkodzenie śródbłonka naczyń i zakażenie. Że tak jest, nie trudno udowodnić. Zakrzepy tworzą się nierównie rzadziej u nieoperowanych, niż u operowanych, chociażby nawet warunki krążenia w danych żyłach były bardzo złe, n. p. przy żylakach. Natomiast skrzepy występują bardzo często wśród ostrych chorób zakaźnych, dalej przy wypryskach na skórze przy żylakach, po zakażeniach przyrannych i t. p. M. zwraca uwagę, że pewne osoby mają dziwną skłonność do tworzenia się skrzepów, którą M. nazywa »trombofilią«. Lada zakażenie wywołuje zaraz u nich wytworzenie się skrzepu. Osoby te skłonne są też bardzo do wyprysków.

Zakażenia pooperacyjne mogą być dla nas nawet niewidoczne; a jednak jedynie one powodują właściwie uszkodzenie śródbłonków żył i rozpad ciałek krwi, a przez to uwalnianie się zaczynów. Podobnie dodatnio na krzepnięcie krwi wpływają krwotoki i częste upusty krwi. Wobec tego wątpliwą jest rzeczą, by wczesne wstawanie po operacyach i porodach wpływało dodatnio na zapobieganie tworzeniu się zakrzepów. Nie mamy dotąd żadnego dowodu na poparcie zdania Kümmella, który twierdzi, że czem wcześniej chory wstanie po operacyi, tem zakrzepy są rzadsze. Krzepnięcie krwi ma przyczynę w procesach chemicznych, na które wczesne wstawanie żadnego chyba wpływu nie wywiera. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 29. stycznia 1910.

Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę p. Jana Czekanowskiego p. t.: **Sprawozdanie z badań dokonanych w międzyrzeczu Nilu i Kongo**. Autor przedstawia w tej pracy wyciąg z materyałów antropologicznych, zebranych przez siebie, jako członka wyprawy »Deutsche Wissenschaftliche Zentral-Afrikanische Expedition«. Po krótkiem omówieniu ogólnych wyników, rozpatruje autor mapę wskaźników czaszkowych ludności badanego terytoryum. W mapie tej nie można było jeszcze uwzględnić całego materyału antropologicznego. Mimo to daje ona już możność stwierdzenia kilku zasadniczych faktów. 1) Międzyrzecze Nilu i Kongo okazuje pewne ogólne prawidłowości antropologiczne. 2) Wielka rozpadlina środkowo-afrykańska jest pierwszorzędną granicą antropogeograficzną. 3) W Międzyrzeczu Nilu i Kongo mamy następujące dzielnice antropologiczne: a) Terytoryum krótkogłowych ludów (Bantu) między Kongo, Lukugą i Wielką Rozpadliną i Ituri. b) Terytoryum krótkogłowych Sudańczyków (Azande) na północ od Uele. c) Terytoryum podkrótkogłowych Południowych Nilotów na północ od jeziora Alberta (N., NW., N. O). d) Terytoryum długogłowych Hamitów na wschód od wielkiej rozpadliny środkowo-afrykańskiej. e) Terytoryum długogłowych Sudańczyków (Mangbetu) w dorzeczu Nepoko i Bomokandi. 5) Prowincye antropologiczne pokrywają się tylko w przybliżeniu z etnograficznemi dzielnicami. Mimo to można stwierdzić, że odrębne kultury są związane z określonymi typami antropologicznymi. — Krótkie omówienie zasad organizacyi społecznej badanego terytoryum zamyka ten komunikat tymczasowy.

Posiedzenie d. 7. lutego 1910.

Czł. A. Wierzejski przedstawia pracę Prof. Tad. Garbowskiego p. t.: **O nowych doświadczeniach cytologicznych na jaju jeżowców.** W postaci tymczasowego doniesienia autor zdaje sprawę ze spostrzeżeń cytologicznych, dokonanych w sierpniu i wrześniu ubiegłego roku w Roskofie w Bretanii na rozwijających się jajach jeżowca »Paracentrotus lividus« (Lmk). Posiadają one pomarańczowy barwik w postaci ziarenek, rozsianych równomiernie na całej powierzchni komórki, albo ułożonych w równikowym pasie (var. diffusa i rufocincta). Na materyale, który silnie wstrząsano, centryfugowano i poddawano ciśnieniu, pojawiły się ostro określone barwikowe plamy w miejscach, zajętych przez sfery mitotycznego promieniowania. Przy bliższem badaniu okazało się, że pod działaniem prądów w ciele komórki, towarzyszących podziałowi, ziarenka barwika przesuwają się w kierunku promieni ku kinetycznym ośrodkom mitozy, przyczem okalają sferę półkolisto albo docierają aż do jej wnętrza, tworząc mniej lub więcej spoiste skupienia.

Po raz pierwszy powiodło się więc drogą doświadczalną zmusić komórkę żyjącą do uwidocznienia centrosomów, oraz ich podziału. Jakkolwiek bowiem materyał z powodu niekorzystnych wpływów wstrząsania, ucisku i t. p, zwykle po kilku godzinach obumiera, jednak poszczególne okazy były jeszcze zdolne doprowadzić do końca rozpoczęty proces podziału, a nawet dokonać ponownych podziałów. Na jajach takich można było zauważyć, jak sfera zapełniona barwikiem stopniowo się wydłuża, biszkoptowato otacza pęcherzyk jądrowy, a wreszcie, po dosięgnięciu przeciwnego bieguna, dzieli na dwie części, które następnie zaokrąglają się i rozstępują jako biegunowe centrosomy wrzeciona. W sferach ubogich w barwik można też było stwierdzić zbijanie się jego ziarenek w jednę lub dwie centryole. Po obumarciu komórki skupiony barwik rychło rozpuszcza się zupełnie. Zdarzały się też stadya jeszcze żyjące, których blastocel wypełniony był rozpuszczonym barwikiem.

Zjawiska opisane występują na jajach o barwiku rozrzuconym, jakoteż u var. rufocincta. Bardzo ciekawy jest fakt, że pasek skóry równikowy może się wytwarzać na jajach w biegu doświadczenia albo na materyale, który leżał dłuższy czas w wodzie morskiej. Jestto więc również zjawisko, zależne od fizyologicznych i dynamicznych stanów protoplazmy.

Oprócz jaj zapłodnionych użyto do doświadczeń również i materyału rozwijającego się partenogenetycznie. W tym celu posługiwano się metodą, wypróbowaną przez Delagea. Na jaja, umieszczone w rozczynie sacharozy, izotonicznym z wodą morską, działano taniną, a następnie amoniakiem. Tu pojawiły się centrosomy barwikowe głównie na jajach niezbrózdkowanych niekiedy w liczbie wielokrotnej, jak przy polispermii.

Wybarwianie się centrosomów »intra vitam« posiada doniosłe znaczenie tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym. Z jednej strony rzuca bowiem światło na t. zw. biegunową budowę komórek rozrodczych i na istotę podziału mitotycznego komórki, świadcząc bezpośrednio o daleko idących przemieszczeniach, jakie się podczas niego odbywają, z drugiej strony daje nam metodycznie możność badania w tym kierunku innych jaj, posiadających budowę »warstwową« lub wogóle substancye apoplastyczne, w jakikolwiek sposób umiejscowione.

(Nadto przedstawiono 4 prace, których treść przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 26. października 1909.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił przypadek **odosobnionego porażenia nerwu piersiowego długiego** (n. thoracicus longus), czyli mięśnia zębatego przedniego (m. serratus anticus major).

2) Sławiński wygłosił rzecz p. t.: **Przyczynki do chirurgii naczyń krwionośnych**. Po krótkim zarysie rozwoju szwu naczyń krwionośnych, opisuje S. szew Carrela, cieszący się największem uznaniem; przedstawia używane w tym celu najcieńsze igły i jedwab wyjałowiony w wazelinie. Niepomyślnie wypadła dwukrotnie wykonana przez S. próba powstrzymania zgorzeli starczej kończyn dolnych, zapomocą zespolenia dośrodkowego odcinka tętnicy udowej, przeciętej w kanale Huntera, z obwodowym odcinkiem żyły udowej; zabieg ten miał skierować krew ze zwężonej tętnicy do obwodu przez drożne żyły. Oba przypadki dotyczyły osobników starych i wyniszczonych, po zabiegu bole znikały, stopy stawały się ciepłe, lecz na krótko, gdyż zgorzel posuwała się dalej.

W dyskusyi podnosi Prof. Kryński, że sprawa leczenia zgorzeli na tle miażdżycy przez zastępowanie tętnicy przez żyłę jest fizyologicznie błędnie postawiona. Największą przyszłość ma łatanie żył. — Czarkowski Józef zwraca uwagę, że Carrel radził nie przeszczepianie, ale zdjęcie

osłonki (tunica vaginalis) naczynia przy leczeniu zgorzeli, powstałej na tle miażdżycy. Tam, gdzie chodzi o zgorzel spastyczną (gangraena spasmatica), to usuwając torebkę, usuwamy również i sploty nerwów współczulnych, przez co możemy wywołać pożądany skutek.

Posiedzenie kliniczne d. 2. listopada 1909.

1) Orzeł przedstawił dziecko jedenastotygodniowe z niezwykle wielką **przepukliną mózgową wrodzoną**.

2) Gliński przedstawił: 1) przypadek rozległych **zmian żeber** z obu stron klatki piersiowej **wskutek kiły**; 2) przypadek **zimnych ropni** gruźliczych, powstałych na plecach chorego wskutek przedostania się wysięku gruźliczego surowiczego z opłucnej do tkanek powierzchowniej leżących podczas wielokrotnych przekłuć opłucnej.

3) Kozerski: **O miejscowem działaniu radu na tkankę zwierzęcą i ludzką.** Prelegent, przypomniawszy naturę i własności trojakich promieni radu, przebiegł sposoby mierzenia ilości promieni, ich przenikliwości przez rozmaite warstwy ciała, wreszcie odczynu, jaki w żywej tkance wywołują. Różna wrażliwość różnych tkanek na tę samą dawkę promieni sprawia, że jednem napromienieniem możemy wywołać zniszczenie tkanki chorej i rozrost zastępczy tkanki zdrowej. Wiedzie to do szeregu udanych, niezastąpionych wyników leczenia. Wreszcie streścił prelegent wyniki lecznicze innych autorów i swoje z 5-letniego okresu, podczas którego rad stosuje. Wykład był objaśniony fotografiami z natury.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie sekretarzy z działalności Towarzystwa za rok 1909.

Dnia 31. grudnia 1909 roku Towarzystwo liczyło: a) 3 członków honorowych, b) 17 członków korespondentów i c) 101 członków czynnych.

Zarząd Towarzystwa stanowili: prezes K. Jasiński, wiceprezes A. Krusche, sekretarz I. E. Sonnenberg, sekretarz II. J. Michalski, skarbnik W. Littauer, bibliotekarz I. Z. Prechner, bibliotekarz II. T. Mogilnicki.

Komitety stałe: a) biblioteczny: M. Cohn, S. Sterling, Trenkner (wybrany po śmierci kol. Sachsa), b) Komisya rewizyjna: Wisłocki, Likiernik i Pański. Komitet czasowy: wybrano komisyę, złożoną z kolegów: Pinkusa, Sterlinga i Brudzińskiego w celu przejrzenia regulaminu Towarzystwa.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo poniosło stratę przez śmierć kolegi Józefa Sachsa, jednego z najczynniejszych członków Towarzystwa. B. p. kol. Sachs zmarł w Berlinie, pochowany został w Łodzi. Nad grobem w imieniu Towarzystwa lek. łódzkiego przemawiał kol. Przedborski, a na posiedzeniu Towarzystwa z d. 19. maja r. u. prezes kol. K. Jasiński w dłuższem przemówieniu podniósł zalety zmarłego, jako lekarza i kolegi. Zamiast wieńca na grób zmarłego kolegi Towarzystwo przeznaczyło 25 rb. na rzecz gimnazyum polskiego w Łodzi.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa 15 kolegów, a mianowicie: Ginsburga, Klaczkijna, Ł. Michalskiego, Rosenblatównę, Kopcińskiego, Chodźkę, Gepnera, Sokołowskiego, Krzyżanowską, Lewitana, T. Silberstroma, Abrutina, W. Bernarda, Glogiera i Poznańskiego.

Zarząd Towarzystwa odbył 3 posiedzenia, na których omawiano sprawy, rozpatrywane następnie na posiedzeniach ogólnych, o czem niżej. Raz jeden Zarząd odbył posiedzenie w charakterze sądu honorowego.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 16; krótszych omówień przypadków kazuistycznych było 3. Pod względem treści odczyty dzielą się, jak następuje: I. Z dziedziny dyagnostyki 2 (kol. Brudziński, Chodźko); II. balneologii 1 (kol. Maybaum); III. chorób przemiany materyi 1 (kol. Brabander); IV. chirurgii 2 (kol. Goldberg, Goldman); V. chorób wewnętrznych 2 (kol. Sterling, Justman); VI. położnictwa i chorób kobiecych 1 (kol. Kaufman); VII. chorób nosa, uszu i gardła 3 (kol. Przedborski, Helman); VIII. psychiatryi i chor. nerwowych 3 (kol. Chodźko, Klozenberg, Pański); IX. nauk biologicznych 1 (Kaufman). Krótszych omówień przypadków kazuistycznych było 4 (kol. Kaufman, Sterling (2), Brudziński). Udział w dyskusyach brali koledzy: Grabowski, Goldberg, Przedborski, M. Cohn, Sonnenberg, K. Jasiński, Goldman, Perlis, Sterling, Schoenaich, Birenzweig, Hartman, Klozenberg, Krusche, Pański, Trenkner, Mogilnicki, Helman, Rundo, Koliński, Pinkus, Brzozowski.

Dyskusye nad odczytami były w roku sprawozdawczym wogóle dosyć ożywione. Niektóre stanowiły nawet uzupełnienie wygłoszonych przez prelegentów referatów. Z dłuższych przemówień zaznaczyć należy przemówienia: 1) kol. T. Brabandra w sprawie dyety przeciwcukrzycej; 2) kol. Trenknera: O własnych doświadczeniach nad rozpuszczalnością kwasu moczowego w surowicy zwierząt i ludzi; 3) Sonnenberga: O stosunku skazy moczanowej do niektórych cierpień skóry i o poglądach na tę sprawę szkoły francuskiej; 4) kol. Sterlinga: O wartości całokształtu objawów klinicznych w rozpoznawaniu dny; 5) i 6) kol. Silberstroma: O kwasie moczowym endo- i ektogenetycznym, — O korzyściach, wynikających z badania bakteryologicznego krwi przy posocznicy; 7) kol. Kaufmana: O zakażeniu i leczeniu zakażenia w położnictwie z punktu widzenia postępu w tej dziedzinie lat ostatnich; 8) kol. Goldbluma i Sterlinga: W sprawie nerwic urazowych; 9) kol. M. Cohna, Goldmana i K. Jasińskiego: W sprawie, kiedy w przypadkach zapalenia ślepej kiszki należy przystąpić do operacyi i kto w tym przypadku powinien o potrzebie operowania rozstrzygać: chirurg czy internista.

Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 30: 1) z dziedziny chirurgii 8 (kol. Goldman, Trenkner, M. Cohn i Perlis); 2) ginekologii 1 (kol. Sachs); 3) chorób dzieci 6 (kol. Brudziński, Trenkner, Mogilnicki); 4) chorób skórnych i wenerycznych 6 (kol. Grosglik i Sonnenberg); 5) chorób narz. trawienia 1 (kol. Maybaum); 6) chor. uszu, nosa i krtani 1 (kol. Grabowski); 7) chorób nerwowych 3 (kol. Pański); 8) teratologii 2 (kol. Goldberg i Przedborski). Materyału dostarczyły przeważnie szpitale (Poznańskich, Anny-Maryi i Aleksandra).

Preparatów anatomo-patologicznych, rentgenogramów i t. d. przedstawiono 30 (kol. M. Cohn, Goldman, Perlis, Grabowski, Trenkner i Goldberg).

Wyszczególniona wyżej działalność naukowa naszego Towarzystwa za rok sprawozdawczy obejmuje 16 wykładów, 3 krótsze omówienia przypadków kazuistycznych, 30 pokazów anatomo-patologicznych i 30 demonstracyi chorych. W porównaniu więc z r. 1908 mamy o jeden wykład mniej, również nieco mniej demonstrowano chorych i preparatów. Drobny to na pozór szczegół, lecz gdy zważymy, że szczegół ten powtarza się z roku na rok, a zwłaszcza, jeśli zebrany materyał cyfrowy z ostatnich lat zestawimy z wzrastającą ustawicznie liczbą członków Towarzystwa, wówczas otrzymamy obraz, który pozwoli lepiej nam się oryentować w stosunkach, o których mowa.

Przyjrzyjmy się sprawozdaniom sekretarza Towarzystwa za ostatnie lata.

W r.	1898	liczba	członków wynosiła	51	liczba	odczytów	22
»	1899	»	»	52	»	»	19
»	1900	»	»	55	»	»	19
»	1901	»	»	57	»	»	24
»	1902	»	»	55	»	»	25
»	1903	»	»	56	»	»	19
»	1908	»	»	86	»	»	17
»	1909	»	»	101	»	»	16

Jeden więc odczyt w latach 1898, 1899, 1902 przypadał na 2—3 członków; w roku sprawozdawczym 1 odczyt przypada na 6 członków. Słowem, w ciągu ostatniego

dziesięciolecia liczba członków Towarzystwa zwiększyła się w dwójnasób, liczba zaś wykładów stale się zmniejsza. Dodajmy do tego wciąż zmniejszającą się frekwencyę uczestników ogólnych zebrań i brak nieraz odczytów na posiedzeniach, a otrzymamy zjawisko bardzo wymowne. Rzecz tę poruszam w tem miejscu dlatego, aby zrozumieć myśl, leżącą na dnie niektórych projektowanych zmian w regulaminie.

Otóż objaw stałego obniżania się naukowej działalności Towarzystwa naszego zwracał już oddawna uwagę wielu jego członków i budził usiłowania, zmierzające ku podniesieniu Towarzystwa. W roku sprawozdawczym usiłowania w tej mierze ponowiono energiczniej. Jak dalece odczuwano potrzebę zmian, wyrazem tego jest fakt, iż na posiedzeniu Towarzystwa w d. 22. grudnia r. z., gdy projekt poczynienia zmian w regulaminie był postawiony na porządku dziennym — a zmiany te pozostają w związku z omawianą sprawą podniesienia działalności Towarzystwa — obecni jednomyślnie przychylili się do projektu i upoważnili 3 członków Towarzystwa do przejrzenia, ewent. do poczynienia zmian w regulaminie. Zmiany w regulaminie dotyczą prócz sposobu przyjmowania nowych członków i t. d., pewnych zobowiązań od nowo wstępujących członków i nakładają również na Zarząd Towarzystwa obowiązki, mające na celu ożywianie posiedzeń. Wraz z urzeczywistnieniem inowacyi, zwłaszcza tych, które mają zapewnić Towarzystwu udział w pracy większej liczby uczestników, należy spodziewać się, że przejawy działalności Towarzystwa ulegną zmianie na lepsze. Przecież głównem zadaniem takich instytucyi, jak Towarzystwo lekarskie, jest niesienie sobie wzajemnej pomocy w kształceniu się przez wymianę poglądów i spostrzeżeń, — a to ma widoki powodzenia tylko przy solidarnem współdziałaniu w pracy najszerszych kół uczestników.

Zanim przejdziemy do innych pozycyi w sprawozdaniu z działalności Towarzystwa, przytoczymy sprawozdanie z działalności sekcyi pedyatrycznej Towarzystwa lekarskiego (ogłoszone już w »Przeglądzie lekarskim« 1909, str. 604).

Sekcya ta w r. 1908/9 rozwijała się pomyślnie. Zauważyć należy, że organizacya naukowa omawianej sekcyi nosi pewne odrębne cechy i w szczegółach różni się nieco od istniejących w Tow. lekarskiem. Program prac układany i ogłaszany na początku roku pozwala pragnącym wziąć udział w dyskusyach, robić studya nad poruszanemi zagadnieniami, dlatego też dyskusye w sekcyi są przeważnie ożywione. Prócz tego na posiedzenia sekcyi, zależnie od rodzaju poruszonej sprawy, zapraszani bywają koledzy specyaliści, nie pedyatrzy, którzy wnoszą do rozpraw odrębne szczegóły w zapatrywaniach. Wprawdzie wytworzona przez powstanie sekcyi pedyatrycznej sytuacya mniej może dogadza interesom naukowym większości członków Towarzystwa lekarskiego, jednakże, jeśli wziąć pod uwagę to, co przytoczono o działalności sekcyi, a także i fakt, iż wielu członków Towarzystwa lekarskiego, nie pedyatrów, uczęszcza na posiedzenia odczytowe sekcyi — musimy stwierdzić, że uszczerbek, wynikający dla Towarzystwa przez odgałęzienie się grupy członków, stanowiących sekcyę, jest tylko pozorny i że przeważają tu względy istotnej korzyści.

Sekcya neurologiczna Tow. lekarskiego. Zarząd sekcyi stanowili: kol. Pański (przewodniczący), Klozenberg i Kopciński (sekretarze). Pierwsze posiedzenie sekcyi odbyło się 25. maja 1909. Posiedzeń w r. 1909 było 9 (2 w lokalu Tow. lekarskiego, 2 w Kochanówce (szpital dla chor. umysł.) i 5 w szpitalu im. Poznańskich). Przedstawiono 36 chorych, a mianowicie: przypadki: Syringomyelii (2 przyp.), choroby Tay-Sachsa (2), zaniku nerwu wzrokowego (2), zapalenia nerwów wzrokowych (1), wylewu do opony twardej (1), histeryi (3), porażenia splotu ramieniowego (1), psychozy maniakalno-depresyjnej (3), ostrego postęp. porażenia opuszkowego (1), psychozy o okresowym przebiegu przy niewyraźnych objawach ruchowych (1), przypuszczalnego kilaka rdzenia (1), rozsianego zapalenia nerwów (1), porażenia połowiczego u dziecka (1), pląsawicy (1), psychozy urazowej (2), porażenia kończyny dolnej pochodzenia urazowego (1), postępującego zaniku (1), ostrego bezładu móżdżkowego i rozsianego zapalenia nerwów (1), ucisku na szyjną część rdzenia po urazie (1), psychozy na tle zwyrodnienia (1), nowotworu mózgu (1), zupełnej głuchoniemoty histerycznej (1), kiły rdzenia (1), endaterit. obliter. (1), jednostronnego stwardnienia rozsianego (1), zatrucia CO (1) i przypadek porażenia n. bloczkowego na tle przypuszczalnego wylewu w okolicy wzgórków czworaczych.

Z działalności Towarzystwa lekarskiego łódzkiego za rok sprawozdawczy podnieść należy:

1. Udział Towarzystwa w uroczystości założenia kamienia węgielnego pod mający powstać szpital dziecięcy imienia Konstadtów. Kol. K. Jasiński reprezentował nasze Towarzystwo na tej uroczystości.

2. Odczytanie w d. 3. maja r. z. przez kol. Skalskiego odezwy o mającym się odbyć w kwietniu tegoż roku Zjeździe lekarzy fabrycznych w Moskwie.

3. Złożenie na ręce Zarządu Towarzystwa prośby, podpisanej przez kolegów: Pańskiego, Klozenberga, Justmana, Chodźkę, Sokołowskiego, Steinberga, Mittelstaedta, Sepnera, Krzyżanowską i Kopcińskiego w sprawie utworzenia przy Towarzystwie sekcyi neurologicznej.

4. Zatwierdzenie regulaminu wymienionej sekcyi.

5. Udział Tow. lek. łódzkiego w I. Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie. Na Zjeździe reprezentował Towarzystwo kol. Pański.

6. Odczytanie zawiadomienia komitetu przeciwgruźliczego o wakującej posadzie lekarza w ambulatoryum.

7. Delegowanie na pogrzeb ś. p. Dra Dunina, jako reprezentanta Tow., kol. Pieniążka.

8. Udział Towarzystwa w medycynie społecznej przez żywe poparcie, udzielone sprawie statystyki gruźlicy na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, a poruszonej stosownie do uchwały poprzednich Zjazdów przez Delegacyę Zjazdów. Zarząd Towarzystwa wydał w tym celu odezwę do lekarzy w Łodzi i okolicy. Sprawą tą zajął się kol. Sterling. Kol. S. na posiedzeniu Towarzystwa w d. 3. lutego r. z. szczegółowo omówił i rozważył poszczególne punkty, zawarte w zatwierdzonym przez delegacyę kwestyonaryuszu. Staraniem kol. S. odezwa Zarządu, wraz z kwestyonaryuszem w postaci bloczków, rozesłane zostały do wszystkich lekarzy w Łodzi i okolicy. Odezwa wzbudziła zainteresowanie się tą sprawą lekarzy nawet z odległych miejscowości. Faktycznie więc ankieta, o której mowa, obejmuje większe terytoryum i większe grono pracowników, aniżeli przypuszczano.

9. Usiłowania, podjęte w celu zaradzenia jednej z naglących potrzeb naszej instytucyi, a mianowicie w sprawie własnego lokalu. Zabiegi około tej sprawy rozwinął kol. Wisłocki. Kol. W. zwrócił się do Zarządu Towarzystwa z projektem, zakreślonym na szerszą miarę i poruszającym sprawę budowy odpowiednio rozplanowanego gmachu na terytoryum Pogotowia Ratunkowego. Zarząd Towarzystwa szczegółowo rozpatrzył wniosek, poczem ta sprawa była na porządku dziennym grudniowego posiedzenia Towarzystwa. Zarówno na posiedzeniu Zarządu, jak i na posiedzeniu ogólnem uwidoczniły się trudności rozmaitego rodzaju, jak potrzeba znacznego nakładu pieniężnego i t. d. Idea więc własnego lokalu dla Towarzystwa nie skrystalizowała się jeszcze w czyn i wypadnie pokonać jeszcze wiele trudności, zanim ma się powołać ją do życia, a być nawet może, że idea, propagowana przez kol. Wisłockiego, znajdzie inną formę urzeczywistnienia. W każdym razie projekt ten wkrótce wejdzie na porządek obrad nadzwyczajnego Zebrania Towarzystwa.

10. Wreszcie z przejawów działalności Towarzystwa naszego wymienić należy, że wraz z całym światem naukowym Towarzystwo nasze uczciło w roku ubiegłym pamięć Karola Darwina. Projekt uczczenia wyszedł od kol. Kauf-

mana. Kol. K. na posiedzeniu Towarzystwa w d. 17. marca r. z. wypowiedział rzecz p. t. »O teoryi Darwina«, a w odczycie swym dał całokształt teoryi ewolucyi, przypomniał, że rozmaite zagadnienia ż dziedziny anatomii, fizyologii i patologii porównawczej sięgają dalej i łączą teoryę Darwina z naszą nauką. Było to najliczniejsze zebranie Towarzystwa w roku sprawozdawczym, co z jednej strony świadczy o zainteresowaniu się członków naszego Towarzystwa sprawami wielkich z owej doby przeobrażeń w dziedzinie myśli, a z drugiej strony — liczny udział członków Towarzystwa był poniekąd wyrazem hołdu, złożonego pamięci tego, który zajął tak niezwykłe stanowisko w dziejach nauk biologicznych.

Sekretarze: E. Sonnenberg, J. Michalski.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie d. 2. grudnia 1909.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 22.

1. M. Pietkiewicz: **Przyczynek do kazuistyki schorzeń moczowodów.**

W dyskusyi zaznacza Łążyński, że podany przypadek należy do bardzo rzadkich i ciekawych, rozpytuje o szczegóły zszywania śluzówki ze śluzówką moczowodu po usunięciu torbieli moczowodu i pyta, czy nie zauważono, na który dzień po operacyi odeszły resztki katgutu. — Makowski zarzuca prelegentowi, że zszywał śluzówkę pęcherza katgutem. Węzełki katgutu, pozostając wewnątrz pęcherza, mogą dać powód do tworzenia się kamieni, gdy tymczasem przy szyciu jedwabiem i wyprowadzeniu końców nitek na zewnątrz przez ranę nadłonową, możemy już po 10 dniach usunąć szwy całkowicie. Przytem pozostawienie pęcherza przez czas jakiś otwartym uchroni go od rozmaitych powikłań, o które bardzo łatwo po operacyach w pęcherzu z często towarzyszącem im obfitem krwawieniem, szczególnie, jeżeli pozostawiamy chorego pod opieką niedość wyćwiczonego personalu. Gładki przebieg pooperacyjny w przypadku prelegenta należy uważać za wyjątkowo szczęśliwy. Co do zmian w ujściu lewego moczowodu w postaci zwężenia jego otworu i niewielkiego wypuklenia, to wobec prawdopodobieństwa powstania tu z czasem takiegoż znacznego torbielowatego rozszerzenia, jak w ujściu prawego moczowodu, należało zapobiedz temu, rozszerzając ujście, najlepiej drogą podłużnego cięcia ściany moczowodu przez jego ujście, z następczem obszyciem brzegów cięcia — Werbski zapytuje, czy prelegent posługuje się błękitem metylenowym przy cystoskopowaniu w tych przypadkach, w których są trudności w odnalezieniu ujścia moczowodów. — Pietkiewicz odpowiada, że przy operacyach w pęcherzu posługiwał się zwykle cienkim katgutem, przyczem złogów moczowych nie spostrzegał. Mimo to jednak uwagę Makowskiego uznaje za racyonalną, szczególnie w tych przypadkach, gdzie jest obawa następczego krwawienia. Kiedy w danym przypadku odeszły resztki katgutu, nie zauważono. Co do niewykonania operacyi na drugim moczowodzie, to przeszkodziła tu obawa zbytniego przeciągania operacyi przy uśpieniu chloroformowem, błąd ten jednak można łatwo poprawić, wykonawszy odpowiedni zabieg operacyjny zapomocą cystoskopu bez wielkich trudności technicznych. Co do stosowania barwików dla łatwiejszego wykrycia ujścia moczowodu, to prelegent posługuje się od pewnego czasu indygokarminem, mającym tę wyższość nad błękitem metylenowym, że jest cięższy, osiada na dno pęcherza i nie zabarwia tak prędko znajdującego się w nim płynu.

Sekretarz: A. Januszkiewicz.

O wiwisekcyi i ruchu przeciwwiwisekcyjnym.

Napisał

Adam Wrzosek.

(Ciąg dalszy).

O ile dwa pierwsze zarzuty przeciwników wiwisekcyi możemy zbyć krótko, o tyle trzeci zasługuje na obszerniejsze wyświetlenie.

Nie można zaprzeczyć, że przeświadczenie, iż zwierzętom w czasie wiwisekcyi sprawia się wielki ból, skłania wielu do wypowiadania się przeciw wiwisekcyi. I nie można się dziwić, że okoliczność ta nastraja wielu laików wrogo względem wiwisekcyi, skoro nawet taki Karol Bell, który dokonał jednego z wielkich odkryć w fizyologii, miał wstręt do wiwisekcyi, lubo poświęcając się badaniom naukowym w medycynie, nie mógł uniknąć wykonywania wiwisekcyi, gdyż tego potrzeba badania naukowego wymagała; skoro nawet znakomity Haller, który mnóstwo wiwisekcyi wykonywał, nie mógł jednak patrzeć okiem obojętnem na cierpienia zwierząt i z tego powodu wolał raczej zaniechać wykonywania niektórych bardzo bolesnych operacyi [7]). Klaudyusz Bernard wspomina w swoich wykładach patologii doświadczalnej [8]), że tylko raz jedyny robił wiwisekcyę na małpie, lecz że mu to sprawiało wielką przykrość. Słynny chirurg rosyjski Pirogow, który w młodych latach swoich wykonywał dużo wiwisekcyi bez wszelkiego znieczulenia zwierząt, przyznaje otwarcie w pamiętnikach swych, w ostatnich latach życia pisanych, że nie odważyłby się więcej z naukowej ciekawości robić wiwisekcyi na psie, nawet chloroformem uśpionym [9]). Również Hyrtl, znakomity anatom wiedeński, w późniejszych latach swego życia występował przeciw wiwisekcyom, a zwłaszcza przeciw wykonywaniu wiwisekcyi publicznie, choć sam przedtem doświadczenia na zwierzętach wykonywał.

Z tego łatwo wnosić można, że nawet dla biegłych eksperymentatorów wykonywanie wiwisekcyi bynajmniej rzeczą przyjemną nie jest, a zwłaszcza nie mogło być przyjemną w czasie Hallera i Bella, gdy jeszcze nie znano środków znieczulających, takich jak eter, chloroform i inne. A jeżeli tak dawniej, jak i teraz wykonywa się wielką liczbę wiwisekcyi w pracowniach naukowych, to można okoliczność tę jeno w ten sposób wytłómaczyć, że uczeni: fizyologowie, patologowie i farmakologowie głęboko są przekonani o wielkiem pożytku wiwisekcyi i niejeden z nich mimo wyraźnego wstrętu do wykonywania operacyi na zwierzętach, wykonywa je jednak, ogarnięty szlachetną pobudką dociekania prawdy.

Należy atoli zaznaczyć, iż istnieje wśród nielekarzy bardzo wiele przesądów co do bólu, przyczynianego zwierzętom w czasie wiwisekcyi. Ludziom tym zdaje się, iż im głębiej nóż eksperymentatora pogrąża się w ciało zwierzęcia, tem zwierzę większy odczuwa ból. Sądzą oni mylnie, że np. operacye w jamie brzusznej, że otwarcie czaszki, że operacye na mózgu robione i t. p. należą do najboleśniejszych. W bujnej swej wyobraźni widzą oni obraz wijącego się z bólu zwierzęcia, np. w czasie wypiłowywania kawałka czaszki. Jakież byłoby ich zdziwienie, gdyby zobaczyli, że nieuśpiony i wogóle nieznieczulony królik nieraz nie drgnie nawet w czasie otwierania czaszki i że natychmiast po tej operacyi żwawo biega i zabiera się najspokojniej do jedzenia, słowem, że nie okazuje najmniejszego cierpienia! Haller w rozprawie swej o czuciu pisze, że widział trepanacye u nieznieczulanych ludzi wykonywane, którzy w czasie operacyi nie odczuwali bólu [10]). A niema w tem nic dziwnego, gdyż kości, powięzie i ściegna są w nader nieznacznym stopniu na ból wrażliwe. Operacye, na mózgu wykonywane, należą do bezbolesnych, a operacye w jamie brzusznej do mało bolesnych. Heidenhain w rozprawie o wiwisekcyi [11]) przytacza sporo przykładów bezbolesności operacyi, wykonywanych w jamie brzusznej u ludzi. Niejednokrotnie w nowszych czasach wykonywano takie operacye,

[7]) Haeser. Historya medycyny. T. II. Przekład Łuczkiewicza (Warszawa 1886) na str. 522.

[8]) Cl. Bernard. Leçons de pathologie experimentale. Paris 1880. II éd. na str. 551.

[9]) Dzieła N. I. Pirogowa (po rosyjsku). Petersburg 1900. T. II. na str. 101.

[10]) »J'ai vu faire l'operation du trepan — pisze Haller — à des hommes qui avait la liberté d'esprit et l'usage des sens, sans que la perforation du crâne leur causât de la douleur« Haller, Mémoire sur la sensibilité. Paris 1892.

[11]) Heidenhain. Die Vivisection. Leipzig 1884.

jak wycięcie torbieli jajnikowych lub cesarskie cięcie bez uśpienia i znieczulenia, a mimo to osoby operowane nie odczuwały bólu, jak tylko w czasie przecinania i zeszywania skóry. Również u zwierząt często najboleśniejszą częścią wiwisekcyi jest przecinanie skóry. Ale i w tym względzie nie należy wyobrażać sobie rzeczy nieistniejących. Nie należy bowiem sądzić, że zwierzę w czasie przecinania skóry odczuwa wielki ból, taki np., jaki ludzie odczuwają w czasie przecinania skóry nad czyrakiem. Należy nie zapominać o tem, że wrażliwość na ból tkanki chorej znacznie się różni od wrażliwości na ból tkanki zdrowej. Tkanka chora bywa zwykle daleko wrażliwsza na ból, aniżeli tkanka zdrowa. Skóra np., gdy znajduje się w stanie zapalenia, jest na ból wrażliwsza, aniżeli skóra zdrowa. Podobnie otrzewna, która w warunkach prawidłowych jest w bardzo małym stopniu na ból wrażliwa, staje się niesłychanie bolesną, gdy się znajduje w stanie zapalnym. A ponieważ wiwisekcye wykonywa się prawie wyłącznie na zwierzętach zdrowych, przeto i ból, jaki im przyczynić można, gdy się ich nie znieczula, nie jest tak wielki, jakby się na pozór wydawać mogło.

(Dokończenie nastąpi)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Odezwa do Kolegów.

Na posiedzeniu Wydziału Związku lekarzy w dniu 16. lutego b. r. poruszyłem sprawę wydatnego zwiększenia funduszu imienia ś. p. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach.

W praktyce przydarza się dość często, że po skończonem leczeniu pacyent chce wynagrodzić lekarza, — z rozmaitych jednak powodów, jak: przyjaźń, pokrewieństwo, wyświadczone przez chorego lekarzowi przysługi i t. d. lekarz nie może honoraryum przyjąć. Niejednokrotnie jednak pacyent mimo to natarczywie nalega na lekarza, by honoraryum przyjął koniecznie. Najlepszem wyjściem z trudnego położenia byłoby przyjąć honoraryum — ale równocześnie ofiarować je na fundusz wdowi. Również przydarza się, że od chorego niezamożnego po skończonem leczeniu nie bierze się wynagrodzenia; ale jeżeli pacyent przecież chce złożyć kwotę, na jaką go stać, to należy przeznaczyć ją na fundusz wdowi. Pacyent z takiego obrotu sprawy bywa zadowolony, bo czuje, że ofiarując ten mały datek na cel szlachetny, wypłaca się istotnie tem lekarzowi, popierającemu fundusz wdowi, a to przez przyjemność, jaką mu swą ofiarą sprawia.

Chodzi jednak o to, by w sposób łatwy i dla obu stron dogodny, pokwitować doraźnie odbiór kwoty przeznaczonej na fundusz wdowi. Najłatwiej wykonać to można przez nalepienie odpowiednich znaczków na przeznaczonym do tego bilecie, z podpisem prezesa i sekretarza Związku; znaczki byłyby jednokoronowe, dwukoronowe i pięciokoronowe. Myśl pomnażania funduszu w ten łatwy i dogodny sposób wyłoniła się z rozmowy mojej z kolegami, którzy nieprzyjęte honorarya przesyłają na fundusz wdowi i o projekcie moim wyrazili się z uznaniem, uznając go za rzecz praktyczną.

Wydział Związku po krótkiej dyskusyi uznał jednomyślnie projekt mój za dobry i polecił mi sprawą tą się zająć. Proszę zatem Szanownych Kolegów, chętnych dla dobrej sprawy, o łaskawe zgłaszanie się do mnie (Kraków, Floryańska 22). Znaczki w żądanej cenie i ilości przesyłać będzie na kredyt administracya znaczków receptowych wraz z czekami pocztowej kasy oszczędności, gdy zgłosi się dostateczna liczba kolegów.

Kraków, w lutym 1910.

Dr Żydłowicz.

Organizacya lekarzy krakowskich. Na zebraniu w d. 27. lutego b. r. zawiązało się krakowskie Koło lekarzy, jako miejscowa filia krajowego Związku lekarzy w Galicyi i W. ks. krakowskiem. Do Zarządu wybrano: Dra Ludwika Schneidra przewodniczącym, Dra Adama Ackermanna zastępcą przew., Dra Grzegorza Grzybowskiego sekretarzem, Dra Wincentego Witalińskiego zastępcą sekr., Dra Jana Frączkiewicza skarbnikiem, Dra Władysława Żydłowicza zastępcą skarbn. Delegatami do Związku są Dr Schneider i Dr Ackermann. — Świeżo zawiązane Koło liczy w pierwszej chwili istnienia 62 członków. Z.

Szkoła dozorczyń szpitalnych otwarta została uroczyście w szpitalu powszechnym lwowskim w obecności przedstawicieli Wydziału krajowego i Wydziału lekarskiego, oraz dyrektora szpitala krakowskiego Dra Krzyszkowskiego. Do szkoły, kształcącej na razie tylko zakonnice, zapisało się 21 uczennic z 8 rozmaitych Zgromadzeń zakonnych. Przy otwarciu szkoły przemawiali członek Wydziału kraj. Dr Bernadzikowski i dyrektor szpitala Dr Starzewski.

W Krakowie Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia zaprowadziło w swym domu centralnym przy ul. Warszawskiej kursa dla kształcenia Sióstr w pielęgnowaniu chorych pod kierunkiem Dra Klęska. Dn. 25. II. na zakończenie kursu odbył się egzamin przed komisyą, którą składali Prof. Dr Wicherkiewicz, Prof. Dr Pareński, Prof. Dr Rutkowski i Dr Surzycki. Komisya wydała uczestniczkom kursa świadectwa, że są dostatecznie ukwalifikowane do rozpoczęcia praktyki pielęgnowania chorych. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana. Rok 1910. (C. d.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie W. Łowczowski, St. Dwernicki, A. Frank, S. Maciejowicz, W. Kowenicki, S. Sochanik, S. Szczurkowski, J. Silberstein, L. Friedman, J. Danielski, W. Damski, J. Ligęza, W. Kraszewski, A. Słosarczyk, J. Sternberg, T. Walsleben, J. Lippel, M. Wachs, M. Stein, W. Frankowski, R. Baranicki, T. Bąkowski, S. Filipkiewicz, G. Zaremba, J. Gąsiorek, O. Zion, E. Brzeziński, W. Jasieński, E. Rosenhauch, A. Wolf, Z. Radliński, Rosenblüth, J. Szewczyk, S. Zasacki, K. Ikałowicz, I. Chotiner, J. Stocknopf, J. Fleszar, H. Koeppel, Arnold Landau, S. Gliksman, A. Miczulski, T. Tyszecki, A. Bannet (C. d. n.).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. II. do 26. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Brzeżany (Taurów 4), Buczacz (Barysz 1), Czortków (Bazar 1), Horodenka (Niezwiska 1), Jarosław (Zaleska wola 5), Jaworów (Podłuby 1), Lwów pow. (Biłka szlachecka 1), Peczeniżyn (Ruszor ad Kosmacz 2), Podhajce (Uwsie 1), Skałat (Turówka 1), Śniatyn (Zebranówka 1), Sokal (Krystynopol 2), Stryj (Podhorce 4), Zborów (Podhajczyki 2); ospy pow. Rzeszów (Kielnarowa 1); nagm. zapalenia opon mózg.-rdzen. pow. Stanisławów (Tyśmieniczany 4). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. II. do 26. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 5 † 1), płonicy 9 † — (4 † —), odry 4, duru brzusznego 3 (1), róży 1, inne choroby zakaźne 11 (4). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 6. II. do 12. II. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 23 † 7, odry 2 † 1, płonicy 13, błonicy 5 † 1, róży 7 † 1, duru plamistego 10 † 1, duru brzusznego 11 † 3. (Gaz. lek. Nr 9).

† Dr Leon Jakliński.

D. 6. lutego b. r. po ledwie kilkudniowej słabości zmarł w Komarnie Dr Leon Jakliński, znany szeroko w kraju jako zasłużony lekarz i gorący patryota. Ś. p. Leon Jakliński, ur. w Stanach (w Galicyi) d. 3 maja 1850 r., po ukończeniu gimnazyum św Anny w Krakowie oddał się studyom lekarskim na Uniwersytecie krakowskim i tu już w kołach młodzieży zasłynął z jednej strony jako zamiłowany badacz natury, poświęcający się poważnie medycynie, a z drugiej strony jako najlepszy kolega i jako wybitny działacz społeczny i narodowy, biorący żywy udział w ówczesnym ruchu młodzieży akademickiej. Po uzyskaniu doktoratu w r. 1881 zostaje ś. p. Jakliński prywatnym asystentem profesora chirurgii Dra Bryka w Krakowie, a potem kierownikiem szpitala w Wisowicy na Morawach, gdzie odznacza się nadzwyczajną gorliwością w pełnieniu swych obowiązków lekarskich; następnie zostaje sekundaryuszem szpitala w Jaśle. Od r. 1884 pełni obowiązki lekarza skarbowego w dobrach Karola hr. Lanckorońskiego w Komarnie i na stanowisku tem daje się poznać jako prawdziwy filantrop chorej i opuszczonej ludności, którą nietylko leczy bezinteresownie, ale i wspiera materyalnie. Marzeniem ś. p. Jaklińskiego było stworzyć dla tej ludności szpital, to też dopóty nie ustaje w zabiegach i staraniach, aż wreszcie właściciel klucza komarniańskiego ulega Jego prośbom

i funduje w Komarnie szpital na 25 łóżek. Dr Jakliński przygarnia tu i leczy wszystkich potrzebujących pomocy, nie robiąc różnicy w wyznaniu ani narodowości. Na tem stanowisku przetrwał ś. p. Jakliński aż do śmierci, stwarzając przez swoją dobroć, uczynność i troskliwość dla chorych pomnik »aere perennius«, który długo nazwisko Jego utrzyma w czci i pamięci. Jako lekarz zamiłowany był szczególnie w chirurgii. W ostatnich miesiącach życia zaczął się sposobić do ogłoszenia wyników swej wieloletniej pracy, gdy przedwczesna śmierć unicestwiła Jego zamiary.

S. p. Jakliński znany był również z wybitnej swej pracy obywatelskiej. Nie było dziedziny w tej pracy, w którejby ś. p. Jakliński nie brał czynnego i wybitnego udziału. Na każde zawołanie, na każdy apel, stawał natychmiast do pracy, a czynił to z takim zapałem, że pociągał za sobą szeregi współpracowników. To też nie dziw, że ludność powiatu, w którym ś. p. Jakliński pracuje, obdarza Go zaufaniem i w ręce Jego powierza ster spraw narodowych i społecznych. Ludność miasta Komarna powołuje go do Rady miasta, następnie wkłada nań ciężki obowiązek burmistrzostwa i w dowód zasług położonych koło rozwoju miasta mianuje Go w r. 1894 obywatelem honorowym miasta. W r. 1895 zostaje ś. p. Jakliński wybrany posłem na Sejm krajowy i w czasie kadencyi sejmowej, jako zastępca ś. p. Dra Hoszarda, spełnia obowiązki członka Wydziału krajowego, jako szef Departamentu sanitarnego. Obok tego zajmuje się ś. p. Jakliński w Radzie powiatowej rudeckiej, jako członek tej Rady i członek Wydziału Rady powiatowej przez szereg lat sprawami powiatu, a w r. 1904 zostaje zastępcą marszałka tej Rady.

Tak życie całe zbiegło zmarłemu na pracach publicznych, w które wnosił zamiłowanie pracy, młodzieńczy zapał, świeży polot ducha, inicyatywę myśli i czynu. Hasłem Jego było skupianie i łączenie sił narodowych, a wyrazem tych Jego zasad słowa, które wypowiedział z okazyi rocznicy grunwaldzkiej: »Skupiajmy się, kochajmy się, kształćmy się, pracujmy, bo nastają czasy, że w tem potęga narodów, bo tak tylko wzmocnieni możemy stanąć do zapasów z dzisiejszymi Krzyżakami i z taką tylko bronią możemy się stać zwycięzcami pod drugim Grunwaldem. Kiedy taki Grunwald nastąpi — pewnie nie rychło — mniejsza o to dla mnie — dostateczną ta pociecha, że kiedyś z prochów kości moich wyrośnie kwiat koniczyny, a pszczółka doń przyleci i zabrzęczy mu: »Twoja Ojczyzna wolna««.

Dr Zygmunt Hołobut.

Wiadomości bieżące.

Najbliższy Zjazd chirurgów polskich ma się odbyć w Warszawie. Jak donoszą dzienniki, władze udzieliły już zezwolenia na Zjazd.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 3. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Eisenberg przedstawił preparaty prątków wrzecionowatych i krętków ze zgorzeli prącia, Dr Radliński przypadek ezofagotomii z powodu ciała obcego, Dr Morawski przypadek cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego, Prof. Gliński i Prof. Kader przypadek zapalenia wyrostka robaczkowatego z zapaleniem żył krezkowych i żyły wrotnej i ropniami w wątrobie, poczem odbyła się dyskusya nad wykładem Dra Blassberga: »O tak zwanym artrytyzmie«. Wykład Prof. Browicza odłożony został na posiedzenie następne (w d. 9. II. br.).

— Radca Dr Antoni Krokiewicz, prymaryusz oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, obchodził 27. II. b. r. jubileusz 25-letniej pracy zawodowej. Jubilatowi składali koledzy szpitalni, grono lekarzy i słuchaczy medycyny życzenia; do nich przyłącza się serdecznie Redakcya »Przeglądu lekarskiego«, z którym łączy Jubilata wieloletnie życzliwe współpracownictwo. W »Przeglądzie lekarskim« ogłosił Jubilat przeważną liczbę swoich prac naukowych, dobiegających poważnej liczby 85, oraz prac, wykonanych na Jego oddziale.

— Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem przesyła nam następującą wiadomość:

»Rok bieżący jest jubileuszowym dla istnienia naszego Towarzystwa. Pierwszego bowiem lipca upłynie dziesięć lat od założenia Domu Zdrowia. Jakby dla uczczenia tego tak ważnego dla naszej instytucyi roku, zaczęły napływać w ostatnich miesiącach znaczne zapisy na fundusz budowy nowego gmachu dla uzdrowiska. P. Andrzej Toczyłowski, mieszkający obecnie w Arcachon (Francya), a były członek rady nadzorczej Towarzystwa. ofiarował na ten cel 25 tysięcy koron, rodzina zaś Wiskonttów dla uczczenia pamięci ś. p. Barbary z Rudzkich Wiskonttowej za pośrednictwem lekarza Dra Władysława Wiskontta z Kostromy (Rosya) nadesłała kor. 2226 hal. 46«.

Wiadomości te witamy z żywą radością; oby one były zwiastunem rozbudzenia się w naszem społeczeństwie szerokiej ofiarności na cele walki z gruźlicą.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie pp. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewiczowi i Dr Tomaszowi Mączce w Krakowie za kilkadziesiąt dzieł, broszur i czasopism ofiarowanych bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg

Warszawa. Czytamy w »Kuryerze Warszawskim«: »Uzyskano pozwolenie na wydawanie w Warszawie polskiego czasopisma lekarskiego »Medycyna współczesna«. Będzie to dwutygodnik, którego zeszyty miesięczne stanowić będą całość, obejmującą przegląd postępów z pewnej dziedziny umiejętności lekarskich za rok ubiegły, tak, iż rok wydawniczy zawierać będzie najlepsze prace naukowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny. Pierwszy numer »Medycyny współczesnej« opuści prasę d. 1. kwietnia b. r. i zawierać będzie przegląd postępów, uczynionych w ubiegłym roku w dziedzinie chorób narządów krążenia i oddychania, w opracowaniu Prof. Ortnera i Brauera. »Medycyna współczesna«, jako dwutygodnik, odzwierciedlający najnowsze zdobycze na polu wszech nauk lekarskich, będzie miała na celu stałe uzupełnianie wiedzy lekarskiej. Koncesyę otrzymał Dr A. Fruchtman, który zaprosił do współpracownictwa szereg lekarzy«.

Byłoby pożądane wyjaśnienie, czy nowe wydawnictwo będzie samodzielnem, czy też tłómaczeniem podobnego wydawnictwa firmy Lehmanna w Monachium p. t. »Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung«, w którem właśnie ukazały się jako zeszyt na luty rozprawy Prof. Ortnera i Brauera.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia sekcyi lekarskiej Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w dniu 12/25 lutego b. r. znajdowały się wykłady Dra Ostrowskiego: »Współczesny stan nauki o niedokrwistości śledzionowej niemowlęcej« i Doc. M. Noiszewskiego: »O stosunku ciśnienia w gałce ocznej do ciśnienia w czaszce (Oedema papillae nervi optici et excavatio papillae nervi optici)«.

— Król. Towarzystwo lekarskie w Peszcie mianowało z okazyi zeszłorocznego Zjazdu międzynarodowego członkami-korespondentami zagranicznymi stu kilkudziesięciu lekarzy różnych narodowości. Wśród mianowanych znajdują się Prof. Finger z Wiednia, Dr Heryng z Warszawy i Dr Motz z Paryża, zresztą zaś niema żadnego Polaka. Wśród mianowanych znajduje się kilkunastu Rosyan, ze Słowiańszczyzny południowej i zachodniej jedyny Dr Iwanow, Bułgar.

— Stowarzyszenie »Schronienie nauczycieli i nauczycielek« w Zakopanem, utrzymujące sanatoryum, miało w roku 1908/9 14,543·37 k. dochodu (w tem 10,408·40 k. z opłat od chorych), a 14,336·17 k. rozchodu; majątek Towarzystwa przedstawiał wartość 4838·29 k. Do sanatoryum zgłosiło się 73 osób, przyjąć zaś było można tylko 45 (o 9 więcej, niż w r. 1907/8). Dni leczenia było 3424; średni pobyt 78 dni. Wyraźną poprawę i zdolność do pracy uzyskano u 52·8%, poprawę i względną zdolność do pracy u 27·8%, bez zmiany 16·7%, pogorszeń 2·7%. Godzi się nadmienić, że z leczonych znajdowało się 56·8% w II., a 20·5% w III. okresie gruźlicy. Prezesem Stowarzyszenia i zarazem lekarzem »Schronienia« jest Dr Edmund Brzeziński.

— »Spolek ceskych lékaru« wybrał na Walnem Zebraniu 24. I. b. r. prezesem na r. 1910 r. dw. Prof. Dra J. Hlavę, sekretarzem generalnym Doc. Dra Libenskyego. Z przedłożonych sprawozdań wynika, że zarówno organ Towarzystwa »Casopis lek. ceskych«, jak wydawany jako dodatek zawodowy »Vestnik«, oraz pismo archiwalne »Sbornik lékarsky« opłacają się, pokrywając koszta wydawnictwa; natomiast dopłaty wymaga wydawana przez »Spolek«: »Revue de médecine tchèque«. — Na temże Walnem Zebraniu uchwalono też na wniosek Prof. Pesiny utworzyć stały czeski »Komitet Zjazdów międzynarodowych«.

— Dyplom doktorski uzyskał w Wiedniu p. Aleksander Sterling, warszawianin.

Zmarli: Dr Karol Bleiweis-Trsteniski, w 76 r. ż. w Lublanie; Słowieńcy tracą w zmarłym jednego z najwybitniejszych swoich działaczy społecznych i narodowych.

Dr Ziemowit Sabiński w 75 r. ż. w Petersburgu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1910.

Gazeta lek. Nr 5—9. Pietkiewicz: 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. — Wizel (dok.). — Zieliński: Przyczynek do kazuistyki gruźlicy nerek. — Hewelke: Zastawka półksiężycowa aorty o czterech listkach. — Karwacki: Przypadek posocznicy, wikłającej szkarlatynę. — Bohdanowicz: Przyczynek do badań nad działaniem surowicy przeciwgruźliczej Marmorka. — Kino: O srebrnicy ogólnej. — Jaroszyński: Przyczynek do psychoanalizy i psychoterapii histeryi. — Grek i Reichenstein: Wpływ wyciągu paproci samczej i naparu senesowego złożonego na zachowanie się ciałek białych krwi u człowieka.

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—9. J. Mutermilch: Stanowisko jaglicy w rzędzie przewlekłych spraw chorobowych. — Springer: O wartości klinicznej odczynu Wassermanna w chorobach nerwowych i umysłowych. — Otto: Wpływ nikotyny na alkaliczność krwi. — J. Mutermilch. Etyologia jaglicy. — Łapiński T.: Uraz a choroby umysłowe. — Biro: Zapalenie przedniej gałązki nerwu kulszowego. — Koenigstein: Przyczynek do techniki podśluzowego wycięcia przegrody nosa.

Tygodnik lek. Nr 5—8. Slęk: O wynikach leczniczych »appendicitis« drogą operacyjną na podstawie przypadków obserwowanych. — Reis (dok.). — Giedroyć: Służba zdrowia w wojsku greckiem pod Troją. — Sieradzki: Wątpliwy mechanizm śmierci z uduszenia. — Lateinerówna: O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych zapomocą surowicy swoistej. — Cybulski i Popielski: Polemika w sprawie działania adrenaliny. — Falgowski: W sprawie leczenia różnych zboczeń macicy.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1909. Zesz. 4. Pawiński: Profesor Ignacy Baranowski. — Januszkiewicz: O wpływie alkoholu na funkcye nerek. — W. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. — Fr. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

Nowiny lek. Nr 2. Herman (c. d.). — Z. Bychowski (c. d.). — Mutermilch: List otwarty do Redakcyi. — St. Szuman (c. d.). — K. Dłuski (dok.). — Klęsk (dok.). — Bieliński (c. d.).

Postęp okul. Nr 1. Wicherkiewicz: Kilka uwag w sprawie rozpadu rogówki w następstwie wadliwego odżywienia. — Halicki: Zaćma pochodzenia urazowo-chemicznego.

Gruźlica Nr 7. Gałecki: Pierwszy rok istnienia sanatoryum w Rudce. — Hewelke: W sprawie walki z gruźlicą.

Przegląd higien. Nr 2. Panek: Higiena budynków i urządzeń szkolnych.

Zdrowie. Nr 2. L. O. B.: Artykuł wstępny. — Grossek: Główne zasady higieny obuwia. — Hewelke (dok.). — Kuropatwiński: Czy istniejące u nas przepisy w sprawie walki ze wścieklizną można uważać za dostateczne?

Kronika dent. Nr 2. Blikle: O t. zw. »delikatnych dziąsłach« oraz naturalnym sposobie ich leczenia.

Głos lekarzy. Nr 3—5. Mikołajski: O organizacyi lekarzy.— Ankieta w sprawie wychowania fizycznego młodzieży szkół średnich. — Praschil: Projekt opodatkowania wód mineralnych. — Korespondencye. — O mandaty poselskie. (Memoryał Izb lekarskich galic.). — Mikołajski: Udział lekarzy w pojedynkach. — Grossek: Uwagi o leczeniu ludu. — Wł. Czyżewicz: Lekarze rządowi a praktyka prywatna. — Zjazd lekarzy rządowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 9. marca 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Prof. Dra Browicza: »Wyniki i znaczenie przeszczepiań raka«. (Z seryi wykładów o raku, zorganizowanych przez Zarząd Towarzystwa).

X. Walne Zgromadzenie krajowego Związku lekarzy odbędzie się **w sobotę dnia 12 marca 1910 r. o godzinie 6 wieczorem** w Krakowie w Domu lekarskim (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokolu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Wydziału. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Wybory Wydziału na rok 1910. 5) Wnioski i interpelacye.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** (Dr P. B. Korolewicz, Kraków, Klinika lekarska) nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Żuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.